MARIUS-IONUȚ UNGUREANU

# POLITICI PENTRU RESURSELE UMANE DIN SĂNĂTATE

PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ

**Marius-Ionuț Ungureanu**

•

**POLITICI PENTRU RESURSELE UMANE DIN SĂNĂTATE**

**Marius-Ionuț Ungureanu**

# POLITICI PENTRU RESURSELE UMANE DIN SĂNĂTATE

**PRESA UNIVERSITARĂ CLUJEANĂ**
**2024**

*Referenți științifici:*

**Prof. univ. dr. Cătălin Ovidiu Baba**

**Prof. univ. dr. Răzvan Chereches**

**ISBN 978-606-37-2199-1**



**Universitatea Babeș-Bolyai**
**Presa Universitară Clujeană**
**Director: Codruța Săcelean**
**Str. Hasdeu nr. 51**
**400371 Cluj-Napoca, România**
**Tel./fax: (+40)-264-597.401**
**E-mail: editura@editura.ubbcluj.ro**
**http://www.editura.ubbcluj.ro/**

# CUPRINS

# Introducere

Sistemul de sănătate din România nu are un istoric de excelență în dezvoltarea capacității în domeniul politicilor de sănătate, și cu atât mai puțin în domeniul politicilor dedicate resurselor umane din sănătate.

Programele educaționale – atât la nivel universitar cât și post-universitar – pe tema politicilor de sănătate lipsesc sau sunt slab reprezentate. Mau mult decât atât, multe din programele existente nu excelează la a ține pasul cu dezvoltările curente la nivel internațional și tendințele din domeniu.

Concepte precum „politici informate de dovezi" („evidence-informed policies") sunt în mare parte nefamiliare actorilor relevanți din sistemul de sănătate.

În acest context, se impune orientarea eforturilor și investițiilor înspre dezvoltarea unor asemenea programe, fie în cadrul universităților, fie în cadrul altor instituții relevante de la granița dintre sistemul de sănătate și cel de educație.

Pe de altă parte, este necesară realizarea de materiale care să sprijine eforturile de capacitare a profesioniștilor responsabili de fundamentarea, elaborarea, implementarea și evaluarea politicilor publice din sistemul de sănătate.

Această carte se subscrie acestui ultim obiectiv. În alegerea structurii, am căutat să prezint atât aspectele relevante la nivel internațional în domeniul resurselor umane din sănătate, cât și pe cele relevante la nivel național.

De asemenea, pentru a facilita absorbția și aprofundarea conceptelor mai degrabă teoretice, am inclus câteva studii de caz relevante, care pot fi folosite pentru a analiza critic aspecte din viața reală cu care se confruntă actorii din sistem – fie că este vorba de profesioniștii care fundamentează și

elaborează politicile de resurse umane în sănătate, fie că este vorba de cei care au responsabilitatea (de cele mai multe ori legală) de a le implementa.

Nădăjduiesc că efortul depus le va fi deopotrivă util celor care deja activează în sistemul de sănătate precum și celor care se pregătesc să activeze în acest domeniu fascinant.

# CAPITOLUL 1.
# Contextul global și european al resurselor umane din sănătate

## I.1. Ce reprezintă resurselor umane din sănătate?

Resursele umane pentru sănătate (sau forța de muncă din sănătate) sunt o componentă esențială a sistemelor de sănătate din întreaga lume, rolul profesioniștilor din sănătate fiind unul fundamental pentru furnizarea serviciilor de sănătate – fie că vorbim de servicii de sănătate publică (al căror scop este promovarea stării de sănătate a populației și prevenirea îmbolnăvirilor în rândul acesteia), fie că vorbim de îngrijirii medicale – apanajul componentei medicale a oricărui sistem de sănătate. De altfel, există și o zicală frecvent întâlnită la nivel global care subliniază importanța forței de muncă în sănătate: „Nu există sănătate fără resurse umane în sănătate".

Forța de muncă în domeniul sănătății este recunoscută ca unul dintre cele șase elemente constitutive ale cadrului de lucru al Organizației Mondiale a Sănătății pentru sistemele de sănătate. Acest cadru de lucru – care își propune să ofere o structură pentru evaluarea și îmbunătățirea sistemelor de sănătate la nivel global – identifică forța de muncă în sănătate drept unul dintre pilonii esențiali, alături de livrarea serviciilor de sănătate, sistemele informaționale, medicamentele și dispozitivele medicale, finanțarea serviciilor de sănătate, și leadership-ul și guvernanța sistemelor de sănătate.

Aceste șase elemente, cunoscute sub denumirea de „building blocks" (o traducere aproximativă ar fi de „piloni" ai sistemului de sănătate) sunt

fundamentale pentru furnizarea îngrijirilor medicale de calitate și promovarea sănătății populației. Ele se referă la următoarele aspecte:

- **Forța de muncă din domeniul sănătății:** cuprinde personalul medical și de sprijin care lucrează în sistemul de sănătate, inclusiv profesiile reglementate sectorial în Uniunea Europeană (medici, asistenți medicali, farmaciști, dentiști, moașe), precum și alte categorii de personal clinic (terapeuți, tehnicieni de laborator, tehnicieni de radiologie etc.) și non-clinic (manageri ai serviciilor de sănătate, personal administrativ, cercetători în sănătate etc.). Chiar dacă de multe ori tendința este să ne uităm la aspectele numerice ale personalului medical, trebuie să fim conștienți de faptul că forța de muncă trebuie să fie nu doar suficientă numeric, ci și bine pregătită (cunoștințe, abilități și competențe), și distribuită echitabil, așa încât să poată furniza servicii de sănătate accesibile, de calitate și echitabile.
- **Livrarea serviciilor de sănătate:** acest element se referă la gama de servicii medicale și preventive oferite de sistemul de sănătate, inclusiv serviciile de sănătate publică (promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor), serviciile de urgență, asistența medicală ambulatorie, serviciile de spitalizare (de zi și continuă), serviciile de laborator, medicamentele și alte intervenții terapeutice. Accesul la servicii de sănătate esențiale este fundamental pentru îmbunătățirea sănătății populației, dar și pentru menținerea acesteia.
- **Sistemele informaționale și tehnologia medicală**: acestea includ infrastructura și tehnologiile necesare pentru colectarea, stocarea, gestionarea și utilizarea eficientă a informațiilor medicale și a datelor de sănătate. Sistemele de informație și tehnologia medicală joacă un rol vital în monitorizarea sănătății populației, în evaluarea serviciilor de sănătate și în luarea deciziilor bazate pe dovezi („evidence-informed decision making"). Pentru a împlini aceste deziderate, este necesar ca sistemele informaționale să fie integrate orizontal (între unități ale aceluiași palier de servicii de sănătate) și vertical (între niveluri diferite de servicii de sănătate).
- **Finanțarea sistemului de sănătate:** acest aspect se referă la modalitățile de finanțare a sistemului de sănătate, incluzând aici

sursele de finanțare, modalitățile de contractare și plată a serviciilor de sănătate, precum și mecanismele de evaluare și supraveghere, pentru a asigura accesul echitabil la servicii de sănătate pentru populație.

- **Guvernanță și leadership în domeniul sănătății:** cuprinde structurile de guvernanță și leadership care asigură coordonarea, reglementarea și monitorizarea sistemului de sănătate. O guvernanță eficientă și un leadership adecvat vor asigura direcții strategice unui sistem de sănătate, în același timp având un rol important în promovarea integrității, transparenței și responsabilității în sistemul de sănătate.
- **Medicamente și dispozitive medicale:** împreună, aceste element acoperă accesul la medicamente esențiale, vaccinuri și alte dispozitive și tehnologii medicale necesare pentru prevenirea, diagnosticarea și tratamentul bolilor.

Împreună, aceste șase elemente formează o bază solidă a oricărui sistem de sănătate funcțional, care poate oferi servicii de sănătate accesibile, eficiente și de calitate pentru toți membrii unei comunități sau ai unei țări. Pentru ca acest lucru să se întâmple, este important ca fiecare aspect să fie luat în considerare și abordat în mod corespunzător. Pentru a asigura un sistem de sănătate durabil și rezilient este, însă, la fel de importantă coroborarea celor șase componente, având în vedere că funcționarea bună a fiecăruia este dependentă de funcționarea celorlalte. De exemplu, livrarea serviciilor de sănătate de calitate este dependentă de acoperirea cu resurse umane în sănătate. Însă, pentru a avea resurse umane în număr corespunzător, bine pregătite și motivate, și distribuite corespunzător, sunt necesare investiții financiare în capacitatea de pregătire și planificare a acestora. La rândul lor, distribuția si consumarea acestor resurse financiare vor fi direct influențate de mecanismele și structurile de guvernanță de la nivel de sistem, precum și de abilitățile de leadership ale celor responsabil de conducerea sistemului.

În contextul celor șase elemente cheie ale sistemului de sănătate, obiectivele și rezultatele generale urmărite sunt variate și reflectă aspirația spre **îmbunătățirea stării de sănătate a populației**, **creșterea echității** în accesul la servicii de sănătate, **îmbunătățirea capacității de reacție** („responsiveness”) a sistemului, **protecția socială și financiară** împotriva

riscurilor legate de sănătate și **creșterea eficienței** în furnizarea serviciilor de sănătate.

**Îmbunătățirea stării de sănătate a populației** (sub aspectul nivelului și echității) reprezintă scopul principal al oricărui sistem de sănătate. Acest lucru implică nu numai creșterea speranței de viață și reducerea ratei de mortalitate, ci și asigurarea accesului echitabil la servicii de sănătate pentru toată populația, indiferent de statutul socio-economic, geografic sau diverse caracteristici socio-demografice.

**Un sistem de sănătate reactiv** este un sistem de sănătate capabil să răspundă prompt și eficient la nevoile și cerințele populației. Aceasta include furnizarea de servicii medicale în timp util, adaptate la nevoile individuale ale pacienților și la cerințele comunităților. În timpul pandemiei COVID-19, multe sisteme de sănătate nu au putut răspunde corespunzător nevoilor și așteptărilor populația, ceea ce a făcut tot mai de actualitate necesitatea de a investi în reziliența sistemelor de sănătate, așa încât răspunsul să fie unul corespunzător în fața unor pandemii viitoare. De asemenea, pandemia COVID-19 a crescut receptivitatea populației la tehnologii și mijloace digitale de comunicare cu profesioniștii din sănătate.

Sistemele de sănătate ar trebui să ofere o **protecție adecvată împotriva riscurilor financiare** legate de cheltuielile cu sănătatea. Aceasta înseamnă că pacienții nu ar trebui să fie expuși la riscul de sărăcie sau de îndatorare excesivă din cauza costurilor legate de îngrijirea medicală. Protecția socială și financiară contribuie la reducerea inegalităților în accesul la serviciile de sănătate și la promovarea dreptății sociale. Un studiu recent efectuat de Organizația Mondială a Sănătății a arătat că nivelul cheltuielilor de sănătate care expun populația la riscul de sărăcie sau de îndatorare excesivă este mare în România comparativ cu multe țări din Uniunea Europeană, chiar dacă nivelul de plăți din buzunar („out-of-pocket payments") în România este sub nivelul mediei din Uniunea Europeană (19% versus 22%) (Scîntee, Mosca, Vlădescu, 2022).

**Un sistem de sănătate eficient** utilizează resursele disponibile în mod rațional și strategic pentru a obține rezultate optime în ceea ce privește sănătatea populației. Aceasta implică reducerea cheltuielilor inutile

(„wasteful spending”), eliminarea risipei și îmbunătățirea proceselor și practicilor pentru a maximiza impactul serviciilor de sănătate.

Putem, așadar, observa că forța de muncă în domeniul sănătății este o piesă fundamentală în asigurarea accesului la servicii de sănătate de calitate și în promovarea stării de sănătate a întregii populații. Pentru ca fiecare persoană care lucrează în sistemul de sănătate să contribuie la un nivel ridicat de sănătate și bunăstare pentru întreaga comunitate, într-un mod echitabil și sustenabil din punct de vedere financiar, aceștia trebuie să beneficieze de condiții de muncă adecvate, resurse suficiente și susținere din partea sistemelor de sănătate pentru a-și desfășura eficient și eficace activitatea.

## Referințe și resurse suplimentare

Alan S: The danger in conservative framing of a complex, systems-level issue. HealthcarePapers. 2008, 9: 42-45.

Allan J, Ball P, Alston M: 'You have to face your mistakes in the street': the contextual keys that shape health service access and health workers' experiences in rural areas. Rural Remote Heal. 2008, 8: 835.

Atun R, Menabde N: Health systems and systems thinking. Health systems and the challenge of communicable diseases: experiences from Europe and Latin America. 2006, Open University Press

Averill JB. Matrix Analysis as a Complementary Analytic Strategy in Qualitative Inquiry. Qual Health Res. 2002;12(6):855–66.

Bailey P, Paxton A, Lobis S, Fry D: Measuring progress towards the MDG for maternal health: including a measure of the health system's capacity to treat obstetric complications. Int J Gynecol Obstet. 2006, 93: 292-299. 10.1016/j.ijgo.2006.01.029.

Beebe J. Rapid qualitative inquiry: a field guide to team-based assessment. 2nd ed. Lanham: Rowman & Littlefield; 2014. p. 258.

Best A, Bethesda M, National Cancer Institute: Greater than the sum: systems thinking in tobacco control. 2007

Bhutta ZA, Darmstadt GL, Haws RA, Yakoob MY, Lawn JE: Delivering interventions to reduce the global burden of stillbirths: improving service supply and community demand. BMC Pregnancy Childbirth. 2009, 9 (Suppl 1): S7-10.1186/1471-2393-9-S1-S7.

Brownson RC, Colditz GA, Proctor EK, editors. Dissemination and implementation research in health: translating science to practice. 2nd ed. New York: Oxford University Press; 2018. p. 515.

Callaghan M, Ford N, Schneider H: A systematic review of task- shifting for HIV treatment and care in Africa. Hum Resour Heal. 2010, 8: 8-10.1186/1478-4491-8-8.

Castillo-Laborde C: Human resources for health and burden of disease: an econometric approach. Hum Resour Health. 2011, 9: 4-10.1186/1478-4491-9-4.

Chambers DA, Glasgow RE, Stange KC. The dynamic sustainability framework: addressing the paradox of sustainment amid ongoing change. Implement Sci. 2013;8(1):117.

Checkland P: Systems Thinking, Systems Practice. 1981, New York: John Wiley & Sons

Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(1):50.

Diane T, Finegood ÖK, Carrie LM: Getting from analysis to action: framing obesity research, policy and practice with a solution-oriented complex systems lens. Healthcare Papers. 2008, 9: 36-41.

Fryatt R, Mills A, Nordstrom A: Financing of health systems to achieve the health millennium development goals in low-income countries. Lancet. 2010, 375: 419-426. 10.1016/S0140-6736(09)61833-X.

Gilson L, Palmer N, Schneider H: Trust and health worker performance: exploring a conceptual framework using South African evidence. Soc Sci Med. 2005, 61: 1418-1429. 10.1016/j.socscimed.2004.11.062.

Glasgow RE, Harden SM, Gaglio B, Rabin B, Smith ML, Porter GC, et al. RE-AIM Planning and Evaluation Framework: Adapting to New Science and Practice With a 20-Year Review. Front Public Health. 2019;7:64.

Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. Am J Public Health. 1999;89(9):1322–7.

Harris PA, Taylor R, Minor BL, Elliott V, Fernandez M, O'Neal L, et al. The REDCap consortium: Building an international community of software platform partners. J Biomed Inform. 2019;95:103208.

Heller DJ, Kumar A, Kishore SP, Horowitz CR, Joshi R, Vedanthan R. Assessment of Barriers and Facilitators to the Delivery of Care for Noncommunicable Diseases by Nonphysician Health Workers in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Qualitative Analysis. JAMA Netw Open. 2019;2(12):e1916545.

Jha P, Mills A, Hanson K, Kumaranayake L, Conteh L, et al: Improving the health of the global poor. Science. 2002, 295: 2036-2039. 10.1126/science.295.5562.2036.

Kieny MP, Bekedam H, Dovlo D, Fitzgerald J, Habicht J, Harrison G, et al. Strengthening health systems for universal health coverage and sustainable development. Bull World Health Organ. 2017;95(7):537–9.

Larsson EC, Atkins S, Chopra M, Ekstrom AM: What about health system strengthening and the internal brain drain?. Trans R Soc Trop Med Hyg. 2009, 103: 533-534. 10.1016/j.trstmh.2008.12.015. author reply 534–535

Lee ES, Vedanthan R, Jeemon P, Kamano JH, Kudesia P, Rajan V, et al. Quality Improvement for Cardiovascular Disease Care in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review. Reboldi G, editor. PLoS One. 2016; 11(6):e0157036.

McPake B, Duane B, Sheaff R: Recognising patterns: health systems research beyond controlled trials. 2006, DFID

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (Guatemala). Modelo de atención de primer nivel. Guatemala City: MSPAS; 2016.

Mounier-Jack S, Griffiths UK, Closser S, Burchett H, Marchal B. Measuring the health systems impact of disease control programmes: a critical reflection on the WHO building blocks framework. BMC Public Health. 2014;14:278.

Omolase C, Mahmoud A, Fadamiro C, Omolase B, Omolade E: Millennium development goals: an assessment of awareness and perceptions of attainability by health workers in Owo, Nigeria. Niger J Clin Pract. 2009, 12: 134-137.

Ovretveit J, Gustafson D: Evaluation of quality improvement programmes. Qual Saf Health Care. 2002, 11: 270-275. 10.1136/qhc.11.3.270.

Pan American Health Organization. Health Systems Profile Guatemala. 3rd ed; 2007. Available from: https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Health_System_Profile-Guatemala_2007.pdf

Pan American Health Organization. Innovative Care for Chronic Conditions : Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas. 2013.

Paul J: Millenium development goals: world health and population. World Health Popul. 2008, 10: 3-4.

Shakarishvili G, Lansang MA, Mitta V, Bornemisza O, Blakley M, Kley N, Burgess C, Atun R: Health systems strengthening: a common classification and framework for investment analysis. health policy plan. 2011, 26: 316-326. 10.1093/heapol/czq053.

Shelton RC, Chambers DA, Glasgow RE. An Extension of RE-AIM to Enhance Sustainability: Addressing Dynamic Context and Promoting Health Equity Over Time. Front Public Health. 2020;8:134.

Siddiqi S, Masud TI, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, et al: Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy. 2009, 90: 13-25. 10.1016/j.healthpol.2008.08.005.

Tsai AC, Mendenhall E, Trostle JA, Kawachi I. Co-occurring epidemics, syndemics, and population health. Lancet. 2017;389(10072):978–82.

WHO: Systems thinking for health systems strengthening. 2009, Geneva.

World Health Organization. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action. Geneva: World Health Organization; 2007.

World Health Organization. The impact of the COVID-19 pandemic on noncommunicable disease resources and services: results of a rapid assessment. 2020.

## I.2. Evidența și monitorizarea resurselor umane din sănătate

**Abordări și instrumente ale Organizației Mondiale a Sănătății pentru politicile de dezvoltare și monitorizare a resurselor umane pentru sănătate**

Organizația Mondială a Sănătății (OMS) joacă un rol crucial în dezvoltarea și monitorizarea resurselor umane pentru sănătate la nivel global, dat fiind că acestea reprezintă coloana vertebrală a sistemelor de sănătate, iar asigurarea unei forțe de muncă adecvate, calificate și motivate este esențială pentru realizarea acoperirii universale cu servicii de sănătate („universal health coverage”) și îmbunătățirea rezultatelor în domeniul sănătății („health outcomes”) la nivel global. În continuare vor fi descrise câteva din abordările și instrumentele folosite de către OMS în acest domeniu de politici.

*1. Dezvoltarea de politici și advocacy*

OMS colaborează cu guvernele și părțile interesate („stakeholders”) pentru dezvoltarea politicilor și strategiilor pentru dezvoltarea resurselor umane din sănătate, având ca scop abordarea deficitului de forță de muncă, îmbunătățirea distribuției și creșterea calității îngrijirilor de sănătate. Un alt aspect relevant este cel legat de mobilitatea și migrația forței de muncă din sănătate, ceea ce predispune sistemele de sănătate unor vulnerabilități majore în procesul de furnizare a serviciilor.

Eforturile de advocacy se concentrează pe creșterea conștientizării cu privire la provocările din domeniul resurselor umane din sănătate, promovarea investițiilor în formarea, atragerea, menținerea și motivarea forței de muncă din sănătate, precum și susținerea politicilor care sprijină drepturile și bunăstarea lucrătorilor din domeniul sănătății.

*2. Planificarea și managementul forței de muncă din sănătate*

OMS ajută țările să efectueze evaluări ale forței de muncă, să previzioneze nevoile viitoare și să dezvolte strategii pentru planificarea și managementul forței de muncă.

Instrumente precum Indicatorii de Necesitate a Personalului pe baza Volumului de Muncă (WISN – Workload Indicators of Staffing Need) ajută la estimarea cerințelor de personal în funcție de sarcini, asigurând alocarea optimă a lucrătorilor din domeniul sănătății.

Acest instrument complex are rolul de a evalua cerințele de personal în funcție de sarcini în cadrul sistemelor de sănătate, facilitând astfel o planificare mai eficientă și o distribuție mai echitabilă a lucrătorilor din domeniul sănătății.

WISN se bazează pe o metodologie detaliată, care analizează atât cerințele de personal ale unui anumit serviciu de sănătate, cât și timpul necesar pentru a efectua diferitele sarcini specifice. Prin colectarea și analizarea datelor referitoare la numărul de pacienți, tipurile de servicii oferite și timpul alocat pentru fiecare activitate, WISN poate calcula cerințele precise de personal pentru a asigura furnizarea eficientă a serviciilor medicale.

Prin utilizarea WISN, țările pot identifica nevoile actuale și viitoare de personal în diferitele domenii ale sistemului de sănătate, precum spitale, clinici, centre de sănătate comunitară și alte unități de îngrijire. Acest lucru permite guvernelor și autorităților de sănătate să planifice cu precizie recrutarea, formarea și distribuția forței de muncă în sănătate, evitând sub-utilizarea sau supra-utilizarea resurselor umane și asigurând furnizarea unei îngrijiri medicale optime pentru populație.

Un alt mecanism prin care OMS vine în sprijinul statelor membre în vederea monitorizării resurselor umane din sănătate în scopul unei mai bune evidențe și a unei planificări mai eficiente este reprezentat de Conturile Naționale ale Forței de Muncă din Sănătate („National Health Workforce Accounts”). Acest mecanism reprezintă o metodă esențială de monitorizare și evaluare a resurselor umane din sistemul de sănătate al unei țări. Acestea

furnizează informații detaliate despre personalul medical, inclusiv cifrele referitoare la numărul de profesioniști din sănătate, distribuția lor geografică, calificările și competențele lor, precum și tendințele în recrutare și menținere. Prin intermediul acestor conturi, guvernele și organizațiile din domeniul sănătății pot să dezvolte strategii și politici mai eficiente pentru a asigura o forță de muncă medicală adecvată, care să răspundă nevoilor populației și să ofere servicii de sănătate de calitate.

*3. Educație și formare*

OMS susține dezvoltarea programelor de educație și formare care se aliniază nevoilor din domeniul sănătății și promovează învățarea bazată pe competențe.

Inițiative precum **Strategia Globală privind Resursele Umane pentru Sănătate: Forța de Muncă 2030** („Global strategy on human resources for health: Workforce 2030") ghidează eforturile de consolidare a educației forței de muncă în domeniul sănătății, cu accent pe educația interprofesională și învățarea pe tot parcursul vieții.

Strategia Globală privind Resursele Umane pentru Sănătate: Forța de Muncă 2030 reprezintă un cadru strategic ambițios și comprehensiv dezvoltat de către Organizația Mondială a Sănătății (OMS), care își propune să răspundă provocărilor și oportunităților din domeniul resurselor umane pentru sănătate la nivel global.

În centrul acestei strategii stau următoarele obiective majore:

- **Creșterea accesului la servicii de sănătate:** Strategia Globală 2030 își propune să sprijine creșterea accesului la îngrijiri medicale de calitate pentru toți indivizii, indiferent de locație, gen, etnie sau statut socio-economic. Pentru a atinge acest obiectiv, se urmărește crearea unei forțe de muncă în domeniul sănătății suficient de numeroasă și bine pregătită, care să poată furniza servicii de sănătate esențiale în comunități atât urbane, cât și rurale, și în regiuni izolate sau marginalizate.

- **Îmbunătățirea calității îngrijirilor**: implică promovarea standardelor ridicate de calitate și siguranță a pacientului, dezvoltarea competențelor profesionale ale lucrătorilor din sănătate și încurajarea unei abordări bazate pe dovezi în procesul de luare a deciziilor.
- **Reducerea disparităților în sănătate**: Strategia Globală 2030 se angajează să reducă disparitățile în sănătate și accesul la servicii de sănătate între diferite grupuri și populații. Acest obiectiv implică promovarea echității în distribuția resurselor umane pentru sănătate, asigurându-se că zonele defavorizate și comunitățile marginalizate beneficiază de aceleași standarde ridicate de îngrijire medicală ca și celelalte regiuni.
- **Promovarea educației interprofesionale și inovării**: prin creșterea colaborării între diferitele categorii de lucrători din sănătate și integrarea noilor tehnologii și metode de lucru în practica medicală, pentru a optimiza eficiența și calitatea serviciilor de sănătate. O abordare comună implică instruirea bazată pe simulare („inter-professional simulation-based education”), în care echipe de studenți sau profesioniști din domeniul sănătății participă la scenarii realiste pentru a practica lucrul în echipă, comunicarea și luarea deciziilor. O altă metodă este reprezentată de conferințele sau rundele interdisciplinare de cazuri, unde profesioniștii din domenii diverse se întâlnesc pentru a discuta cazurile de pacienți, pentru a împărtăși perspective și pentru a formula planuri de îngrijiri comprehensive. În plus, activitățile de învățare în echipă, precum exercițiile de rezolvare a problemelor și proiectele de grup, promovează colaborarea și îmbunătățesc abilitățile interprofesionale. Rotațiile clinice în medii multidisciplinare oferă o experiență valoroasă în care studenții pot învăța alături și unii de alții, cultivând în acest fel munca în echipă, respectul și comunicarea eficientă între viitori furnizori de servicii de sănătate, îmbunătățind în cele din urmă rezultatele pentru pacienți și calitatea serviciilor de sănătate.
- **Consolidarea capacității sistemelor de sănătate**: Un obiectiv fundamental al strategiei este consolidarea capacității sistemelor de sănătate de a recruta, forma și menține o forță de muncă calificată și

motivată. Acest lucru implică implementarea unor politici și practici eficiente de gestionare a resurselor umane pentru sănătate, precum și asigurarea unor condiții de muncă adecvate și atractive pentru lucrătorii din domeniul sănătății.

Prin realizarea acestor obiective, Strategia Globală 2030 își propune să contribuie la îmbunătățirea stării de sănătate a populațiilor din întreaga lume și la realizarea **obiectivelor de dezvoltare durabilă** („sustainable development goals") în domeniul sănătății. Strategia reprezintă un angajament puternic al comunității internaționale de a investi în resursele umane pentru sănătate și de a asigura un viitor mai sănătos și mai prosper pentru toți.

*4. Cadrele de reglementare și licențierea*

OMS oferă asistență tehnică pentru stabilirea cadrului de reglementare pentru profesii din domeniul sănătății, inclusiv standarde pentru educație, licențiere și practică.

Baza de date globală a forței de muncă din sănătate (parte a „Global Health Observatory") facilitează monitorizarea și reglementarea lucrătorilor din domeniul sănătății, asigurând respectarea standardelor de calitate și siguranță.

*5. Consolidarea sistemelor de sănătate:*

OMS susține integrarea dezvoltării forței de muncă din sănătate în cadrul eforturilor mai largi de consolidare a sistemelor de sănătate, subliniind importanța unor medii de lucru de care să susțină dezvoltarea profesională și personală a lucrătorilor din sănătate, ducând așadar la implementarea cu succes a strategiilor de menținere a resurselor umane din sănătate.

*6. Monitorizarea și Evaluarea:*

OMS dezvoltă indicatori și instrumente pentru monitorizarea disponibilității, distribuției și performanței resurselor umane din sănătate, permițând țărilor să urmărească progresul și să identifice domeniile în care este nevoie de îmbunătățiri.

Platforme precum Observatorul Global al Sănătății („Global Health Observatory") furnizează acces la date și dovezi referitoare la resursele umane din sănătate, facilitând luarea deciziilor și formularea politicilor pe baza dovezilor („evidence-informed policies").

Baza de date globală a forței de muncă din sănătate, menționată deja anterior, parte a Observatorului Global al Sănătății, contribuie la monitorizarea sistematică, analiza și diseminarea datelor relevante referitoare la resursele umane pentru sănătate la nivel global. Aceasta îndeplinește o misiune complexă, care cuprinde mai multe funcții critice și modalități operaționale, câteva dintre acestea fiind descrise în continuare.

- **Agregarea și sinteza datelor:** datele sunt colectate dintr-o varietate de surse: autorități naționale de sănătate, asociații profesionale, instituții academice și agenții internaționale. Aceste seturi de date cuprind o gamă largă de indicatori referitori la forța de muncă din sănătate, incluzând densitatea forței de muncă, modelele de distribuție, caracteristicile demografice și calificările educaționale, furnizând astfel o perspectivă nuanțată și actuală asupra imaginii global a forței de muncă din sănătate;
- **Analiza și interpretarea datelor:** printr-o analiză riguroasă și interpretarea datelor adunate se discern tendințe, modele și disparități referitoare la forța de muncă din sănătate. Aceste eforturi analitice furnizează informații valoroase în ceea ce privește provocările emergente, oportunitățile și provocările, care, la rândul lor, informează (sau, cel puțin, ar trebui să informeze) procesele de elaborare, implementare și evaluare a politicilor și deciziilor;
- **Generarea și diseminarea rapoartelor:** pe baza informațiilor dobândite prin analiza datelor, observatorul generează și diseminează rapoarte și publicații periodice adresate guvernelor, organizațiilor

internaționale, instituțiilor academice și altor părți interesate. Aceste publicații servesc drept documente de referințe – un adevărat ghid privind dinamica resurselor umane din sănătate, oferind recomandări bazate pe dovezi pentru rafinarea politicilor și intervențiilor strategice;

- **Platformă de schimb de cunoștințe:** observatorul funcționează ca o platformă de schimb de cunoștințe, facilitând schimbul de bune practici, lecții învățate și soluții inovatoare între stakeholderii implicați în politicile dedicate forței de muncă din sănătate. Prin organizarea de ateliere, conferințe și forumuri online, acesta stimulează o comunitate de practică destinată rezolvării colective a problemelor și consolidării capacităților.
- **Advocacy și dialog de politici („policy dialogue"):** funcționând ca un canal pentru advocacy bazat pe dovezi, observatorul contribuie în mod decisiv la promovarea dialogurilor de politici și catalizarea acțiunii între diverși stakeholderi (reprezentanți ai guvernelor, asociații profesionale, sindicate, instituții de învățământ, asociații de pacienți etc.).

## Referințe și resurse suplimentare

Brunero S, Stein-Parbury J: The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. Aust J Adv Nurs. 2008, 25: 86-94.

Capacity Project. HRH Action Framework. https://www.capacityproject.org/framework/

Chan D: The relationship between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. Contemporary Nurse. 2004, 17: 149-158. 10.5172/conu.17.1-2.149.

Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet. 2004. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17482-5.

Chenoweth L, Jeon YH, Merlyn T, Brodaty H: A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. J Clin Nurs. 2010, 19: 156-167. 10.1111/j.1365-2702.2009.02955.x.

Cleary M, Happell B: Promoting a sustainable mental health nursing workforce: an evaluation of a transition mental health nursing programme. Int J Ment Health Nurs. 2005, 14: 109-116. 10.1111/j.1440-0979.2005.00367.x.

Collins-Camargo C, Sullivan DJ, Washeck B, Adams J, Sundet P: One state's effort to improve recruitment, retention and practice through multifaceted clinical supervision interventions. Child Welfare. 2009, 88: 87-107.

Davys AM, Beddoe L: Interprofessional learning for supervision: 'taking the blinkers off'. Learn Health Soc Care. 2009, 8 (1): 58-69.

Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Hum Resour Health. 2003. https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-3.

Ducat W, Pearce S: Professional supervision for allied health practitioners working in non-metropolitan health care settings: a comprehensive systematic review. JBI Library of Systematic Reviews. 2011, 9 (48): S52-S65.

Engelman A, Case B, Meeks L, Fetters MD. Conducting health policy analysis in primary care research: turning clinical ideas into action. Family Medicine and Community Health. 2019; https://fmch.bmj.com/content/7/2/e000076

Fehn AC, Dal Poz MR, Tursunbayeva A, Mathews V, Ernawati D, Meilianti S. Human resources for health information systems: development, implementation and use. Chapter 15 in Strengthening the collection, analysis and use of health workforce data and information: a handbook. 2023. World Health Organization: Geneva, Switzerland. https://www.who.int/publications/i/item/9789240058712

Gardner A, McCutcheon H, Fedoruk M: Superficial supervision: are we placing clinicians and clients at risk?. Contemp Nurse. 2010, 34: 258-266. 10.5172/conu.2010.34.2.258.

Gatmon DJ, Koshkarian L, Martos-Perry N, Molina A, Patel N, Rodolfa E: Exploring ethnic, gender, and sexual orientation variables in supervision: Do they really matter?. J Multicultural Counseling Develop. 2001, 29: 102-113. 10.1002/j.2161-1912.2001.tb00508.x.

IntraHealth International. Digital Health. 2021. https://www.intrahealth.org/sites/ihweb/files/attachment-files/digitalhealthoverviewnov2021.pdf

Ishijima H, Mapunda M, Mndeme M, Sukums F, Mlay VS. Challenges and opportunities for effective adoption of HRH information systems in developing countries: national roll-out of HRHIS and TIIS in Tanzania. Hum Resour Health. 2015. https://doi.org/10.1186/s12960-015-0043-1.

Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K, Turunen H: Building organizational capacity for effective mentorship of pre-registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors' conceptions. Int J Nurs Pract. 2011, 17: 509-517. 10.1111/j.1440-172X.2011.01964.x.

Kadushin A: Supervision in Social Work. 1976, New York: Columbia University Press.

Kaufman J, Schwartz T: Models of supervision: shaping professional identity. Clin Superv. 2004, 22: 143-158. 10.1300/J001v22n01_10.

Kavanagh DJ, Spence SH, Strong J, Wilson J, Sturk H, Crow N: Supervision practices in allied mental health: relationships of supervision characteristics to perceived impact and job satisfaction. Ment Health Serv Res. 2003, 5: 187-195. 10.1023/A:1026223517172.

Kilminster S, Cottrell D, Grant J, Jolly B: AMEE guide no. 27: effective educational and clinical supervision. Med Teach. 2007, 29: 2-19. 10.1080/0142159 0701210907.

Knudsen HK, Ducharme LJ, Roman PM: Clinical supervision, emotional exhaustion, and turnover intention: a study of substance abuse treatment counselors in

the clinical trials network of the national institute on drug abuse. J Subst Abuse Treat. 2008, 35: 387-395. 10.1016/j.jsat.2008.02.003.

Knudsen HK, Roman PM, Abraham AJ: Quality of clinical supervision and counselor emotional exhaustion: the potential mediating roles of organizational and occupational commitment. J Subst Abuse Treat. 2013, 44: 528-533. 10.1016/j.jsat.2012.12.003.

Lee TY, Tzeng WC, Lin CH, Yeh ML: Effects of a preceptorship programme on turnover rate, cost, quality and professional development. J Clin Nurs. 2009, 18: 1217-1225. 10.1111/j.1365-2702.2008.02662.x.

O'Toole K, Schoo A, Hernan A: Why did they leave and what can they tell us? Allied health professionals leaving rural settings. Aust Health Rev. 2010, 34: 66-72. 10.1071/AH09711.

Tursunbayeva A, Bunduchi R, Franco M, Pagliari C. Human resource information systems in health care: a systematic evidence review. J Am Med Inform Assoc. 2017. https://doi.org/10.1093/jamia/ocw141.

WHA 63.15 Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals and WHA 63.16 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/4455/WHA63_REC1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

WHA 74.14 Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce. Seventy-fourth World Health Assembly. 2021. https://apps.who.int/gb/e/e_WHA74.html.

WHA59.27 Strengthening nursing and midwifery. Fifty-ninth World Health Assembly. 2006. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R27-en.pdf

WHA69.19 Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Sixty-ninth World Health Assembly. 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf

WHA70.6 Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Seventieth World Health Assembly. 2017. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R6-en.pdf?ua=1. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60-REC3/A60_REC3-en.pdf

World Health Organization and Global Health Workforce Alliance. The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43898/9789241596725_eng.pdf

World Health Organization. Sixtieth World Health Assembly. 2007. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60-REC3/A60_REC3-en.pdf

World Health Organization. Working for Health 2022–2030 Action Plan. 2022. 9789240063341-eng.pdf (who.int)

World Health Organization. Working together for health: the World Health Report 2006. 2006. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176_eng.pdf;jsessionid=CF5FEC650DC1942CE27AAC3EE594C772?sequence=1

World Health Organization. Workload Indicators of Staffing Need: User's Manual. 2010. https://www.who.int/publications/i/item/9789241500197

# I.3. Abordări strategice la nivel global și european privind resursele umane în sănătate

## I.3.1. Global Strategy for Human Resources for Health: Workforce 2030

Așa cum am menționat deja, Organizația Mondială a Documentul a lansat în anul 2016 Strategia Globală pentru Resurse Umane în Sănătate: Forța de Muncă 2030, cu viziunea declarată de a accelera progresul spre acoperirea universală cu servicii de sănătate și îndeplinirea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă prin asigurarea accesului echitabil la resurse umane în sănătate.

Principiile care stau la baza strategiei includ promovarea dreptului la cel mai înalt standard de sănătate realizabil, furnizarea de servicii de sănătate integrate și centrate pe persoane, fără stigmatizare și discriminare, împuternicirea și implicarea comunităților, protejarea drepturilor personale, angajamentelor și profesionale ale tuturor lucrătorilor din domeniul sănătății, inclusiv furnizarea de medii de lucru sigure și decente și libertatea de discriminare, constrângere și violență. În plus, vizează eradicarea violenței, discriminării și hărțuirii de gen, promovarea colaborării și solidarității internaționale în conformitate cu prioritățile naționale, asigurarea practicilor de recrutare etică în conformitate cu Codul Global de Practică al OMS privind Recrutarea Internațională a Personalului Medical, mobilizarea unui angajament politic și financiar susținut, încurajarea inovației și a abordărilor bazate pe dovezi și promovarea incluziunii și a colaborării între diversele sectoare relevante.

Strategia este construită în jurul a patru obiective, care sunt însoțite de jaloane („milestones”) de atins până în anul 2020, respectiv până în anul 2030.

Primul obiectiv al strategiei se concentrează pe îmbunătățirea eficacității forței de muncă din sănătate prin elaborarea de politici strategice

informate de dovezi. Jaloanele stabilite urmăresc ca toate țările să stabilească mecanisme de acreditare pentru instituțiile de formare în sănătate până în 2020, să facă progrese semnificative până în 2030 în vederea reducerii la jumătate a inegalităților în accesul la lucrătorii din sănătate. De asemenea, statele membre semnatare ale strategiei s-au angajat să își reducă dependența de forță de muncă formată în afara granițelor proprii.

Abordarea nevoilor populației și realizarea Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă și a Acoperirii Universale cu Servicii de Sănătate necesită utilizarea strategică a resurselor. Aceasta implică adoptarea unor politici de resurse umane în sănătate bazate pe dovezi, adaptate contextelor naționale, punând accent pe necesitatea îngrijirii bazate pe echipe din asistență medicală primară și asigurându-se că lucrătorii din sănătate operează în cadrul întregului lor domeniu de practică.

Strategia menționează în mod special domeniul adaptabil de practică pentru asistente medicale și moașe, care poate contribui semnificativ la furnizarea serviciilor de îngrijire esențiale.

De asemenea, strategia oferă opțiuni de politici largi relevante pentru toate statele membre ale OMS, subliniind importanța integrării planurilor forței de muncă în sănătate în strategiile naționale de sănătate și dezvoltare mai largă.

În acest sens, se impune necesitatea creării unor condiții de muncă decente, utilizarea eficientă a resurselor, strategii transformatoare în educația lucrătorilor din sănătate, optimizarea motivației și performanței lucrătorilor din sănătate și valorificarea tehnologiei informației și comunicațiilor pentru a îmbunătăți furnizarea serviciilor de sănătate.

În vederea atingerii acestor deziderate, strategia include o serie de acțiunile precum întărirea planificării resurselor umane din sănătate, promovarea condițiilor de angajare sensibile la gen, asigurarea siguranței și echității la locul de muncă, îmbunătățirea standardelor educaționale și optimizarea distribuției și retenției forței de muncă în sănătate. Documentul mai pledează pentru modele de îngrijire bazate pe comunitate, orientate către persoană și un mix de competențe și abilități („skill-mix") divers și durabilă, concentrat pe asistența primară a serviciilor de sănătate.

În scopul transformării în realitate a strategiei, secretariatul OMS are sarcina de a dezvolta orientări normative, de a sprijini cercetarea pentru identificarea opțiunilor de politici bazate pe dovezi și de a facilita cooperarea tehnică. Alți actori, cum ar fi instituțiile de educație și consiliile profesionale, sunt îndemnați să-și adapteze operațiunile pentru a satisface nevoile educaționale transformatoare, să implementeze reglementări eficace și să colaboreze cu guvernele pentru a îmbunătăți competența, calitatea și eficiența forței de muncă.

### I.3.2. „Health and care workforce in Europe: time to act"

Pandemia COVID-19 a evidențiat, în mod concret, reziliența și vulnerabilitatea forței de muncă din domeniul sănătății și îngrijirilor în Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății.

Înainte de izbucnirea pandemiei, numeroase state membre se confruntau cu deficiențe majore în ceea ce privește numărul de lucrători din domeniul sănătății, distribuția ineficientă a lor (din punct de vedere geografic) diferența dintre abilitățile necesare și cele pe care forța de muncă din sănătate le deținea.

Aceste aspecte reprezentau obstacole majore în calea dezvoltării capacității de reacție rapidă și menținerii serviciilor esențiale de sănătate în situațiile de urgență.

În timpul crizei cauzate de COVID-19, lucrătorii din domeniul sănătății au fost supuși unor presiuni extreme, fiind nevoiți să facă față unor sarcini de muncă grele, stresului asociat locului de muncă și riscurilor crescute pentru sănătatea lor (atât fizică, cât și mentală). Cu toate acestea, lucrătorii din domeniul sănătății au demonstrat o adaptabilitate și o determinare remarcabile, reușind să-și dezvolte rapid noi competențe, să se adapteze cerințelor de servicii în continuă schimbare și să răspundă eficient creșterii nevoilor de sănătate.

Totuși, în lipsa unor acțiuni politice țintite, există riscul ca presiunile generate de COVID-19 să agraveze problemele cronice, precum deficitul de personal și dificultățile în atragerea și reținerea acestuia.

Contextul economic din Europa a avut, de asemenea, un impact semnificativ asupra nivelului de remunerare, ratei de fluctuație a personalului și atractivității generale a lucrului în sectoarele sănătății și îngrijirii.

Pentru a aborda aceste provocări, statele europene trebuie să-și prioritizeze investițiile în forța de muncă din sănătate, implementând politici care să asigure protecția intereselor și bunăstarea lucrătorilor din domeniul sănătății și îngrijirii.

Recunoașterea rolului crucial al lucrătorilor din domeniul sănătății în timpul pandemiei impune o punere în prim-plan a acestora nu doar în cadrul agendei politice de sănătate, ci și în contextul planurilor de redresare economică și socială.

Raportul „Health and care workforce in Europe: time to act” realizat de Biroul European al Organizației Mondiale a Sănătății și lansat oficial la ediția din anul 2022 a Comitetului Regional, subliniază câteva din răspunsurile eficiente ale politicilor de planificare a resurselor umane din sănătate la provocările din regiune, propunând acțiuni prioritare esențiale pentru consolidarea forței de muncă din sănătate și progresul către acoperirea universală cu servicii de sănătate.

Datele disponibile înaintea izbucnirii pandemiei COVID-19 au indicat, în regiunea Europa a Organizației Mondiale a Sănătății, o creștere generală a numărului de medici, asistente și moașe. Cu toate acestea, există îngrijorări privind îmbătrânirea forței de muncă și disparitățile de gen din sectorul sănătății.

Variabilitatea largă în producția de lucrători medicali între țări subliniază necesitatea unei planificări mai bune a forței de muncă și a investițiilor în programe de educație și formare. Valorificarea strategiilor inovatoare adoptate în timpul pandemiei COVID-19, cum ar fi recalificarea, reprofilarea și mobilizarea lucrătorilor medicali, este esențială pentru menținerea unei forțe de muncă eficiente.

Raportul conturează 10 acțiuni pentru consolidarea resursei umane din sănătate în regiunea europeană, subliniind importanța colaborării intersectoriale și sprijinului continuu din partea OMS pentru promovarea schimbărilor politice și îmbunătățirea rezultatelor în domeniul sănătății.

Aceste acțiuni sunt:

- **Acțiunea 1:** Alinierea educației cu nevoile populației și cerințele serviciilor de sănătate
- **Acțiunea 2:** Consolidarea dezvoltării profesionale continue pentru echiparea forței de muncă cu noi cunoștințe și competențe
- **Acțiunea 3:** Extinderea utilizării uneltelor digitale care susțin forța de muncă
- **Acțiunea 4:** Dezvoltarea strategiilor care atrag și mențin lucrătorii din domeniul sănătății în zonele rurale și îndepărtate
- **Acțiunea 5:** Crearea condițiilor de muncă care promovează un echilibru sănătos între viața profesională și cea personală
- **Acțiunea 6:** Protejarea sănătății și stării de bine mintală a forței de muncă
- **Acțiunea 7:** Construirea capacității de leadership pentru guvernanța și planificarea forței de muncă
- **Acțiunea 8:** Consolidarea sistemelor de informații despre resursele umane din sănătate pentru o colectare și analiză mai bună a datelor
- **Acțiunea 9:** Creșterea investițiilor publice în educația, dezvoltarea și protecția forței de muncă
- **Acțiunea 10:** Optimizarea utilizării fondurilor prin politici inovatoare privind forța de muncă

### I.3.3. Cadrul de Acțiune privind resursele umane din sănătate în regiunea Europa a OMS 2023-2030 („Framework for action on the health and care workforce in the WHO European Region 2023–2030")

În Regiunea Europeană a OMS, nevoia recunoscută pentru o forță de muncă mai competentă pentru a aborda provocările de sănătate în continuă evoluție, cum ar fi îmbătrânirea populației, bolile cronice, schimbările așteptărilor și amenințările emergente (schimbările climatice și situațiile de urgență) nu a fost dublată de acțiunile pe măsură, până în prezent. Chiar dacă acțiuni au existat, ele nu au fost au fost suficiente.

Ca și în celelalte regiuni ale Organizației Mondiale a Sănătății, pandemia COVID-19 a exacerbări vechile probleme și a evidențiat noi

provocări, cum ar fi distribuția inegală, mixul suboptimal de abilități și competențe și lipsa lucrătorilor din domeniul sănătății.

Presiunile generate de epuizarea profesională, stresul și preocupările legate de siguranța și violența la locul de muncă au crescut, iar importanța protejării sănătății și a egalității de gen în cadrul forței de muncă din domeniul sănătății și îngrijirilor a fost evidențiată parcă mai mult ca oricând. Mai mult, există o necesitate urgentă de a atrage tinerii în profesii din domeniul sănătății, deoarece forța de muncă îmbătrânește, fără rezultate notabile în atragerea tinerilor până acum.

În ciuda faptului că are cea mai mare densitate de lucrători din domeniul sănătății și îngrijirilor în rândul tuturor regiunilor OMS, în Europa persistă lacune critice în capacitatea sistemelor de sănătate de a răspunde nevoilor populației.

Prin urmare, era imperativ un nou cadru de abordare a politicilor privind forța de muncă în domeniul sănătății.

Așadar, noul cadru de acțiune propus, întins pe parcursul anilor 2023-2030, se bazează pe strategiile și rezoluțiile globale și a fost rafinat prin consultări cu părțile interesate.

Scopul său este de a realiza recuperarea post-pandemie, a înregistra progrese în ceea ce privește Obiectivele de Dezvoltare Durabilă legate de sănătate, și de a consolida capacitatea de răspuns la nevoile actuale și viitoare de sănătate și la posibile viitoare dezastre.

Cadrul de acțiune stabilește trei obiective specifice, respectiv împuternicirea miniștrilor sănătății pentru a pleda pentru forța de muncă din sănătate, actualizarea recomandărilor pe baza celor mai bune dovezi tehnice disponibile în vederea răspunsului la provocările curente, și specificarea modului în care Biroul Europa al OMS poate sprijini statele membre în avansarea demersurilor mai sus menționate.

Acest efort concertat are ca scop investirea în și protejarea unei forțe de muncă în domeniul sănătății și al îngrijirilor eficiente, aspect esențial pentru reziliența și progresul în domeniul sănătății în regiune.

Pe baza celor trei obiective specifice, cadrul de acțiune propune cinci piloni de acțiune pentru perioada 2030: (1) menținere și recrutare; (2)

furnizarea ofertei; (3) optimizarea performanței; (4) planificarea; (5) investițiile.

Primul pilon al cadrului de acțiunea se concentrează pe menținerea și recrutarea lucrătorilor din domeniul sănătății și îngrijirilor prin abordarea nevoilor acestora. Îmbunătățirea menținerii, precum și atragerea celor care au părăsit profesia, sunt cruciale pentru asigurarea disponibilității forței de muncă și menținerea calității serviciilor, în special având în vedere provocările exacerbate de pandemie. Sunt necesare eforturi pentru a aborda probleme precum volumul mare de muncă, epuizarea profesională, decalajele salariale între sexe și competiția din alte ocupații, cu pachete personalizate de menținere și practici de recrutare etice.

Cel de-al doilea pilon al strategiei se concentrează pe oferta de lucrători din domeniul sănătății și îngrijirilor prin consolidarea educației, formării, abilităților și competențelor.

Având în vedere că rolurile viitoare din sistemul de sănătate vor evolua, sunt necesare eforturi pentru a dota lucrătorii cu competențe suplimentare precum utilizarea instrumentelor de sănătate digitală și abilități de lucru în echipe inter-profesionale (valorizând, astfel, comunicarea și colaborarea). Învățarea continuă pe parcursul carierei, facilitată de instrumente digitale, este esențială, alături de inițiative pentru atragerea studenților către aceste profesii în contextul schimbării percepțiilor asupra prestigiului ocupațional. În aceste demersuri, implicarea sectorului privat va juca un rol semnificativ.

Al treilea pilon al strategiei își propune optimizarea performanței lucrătorilor din domeniul sănătății și îngrijirilor prin redefinirea echipelor, a mixului de abilități competențe și utilizarea soluțiilor digitale. Concentrându-se pe condiții de muncă mai bune, atenția acordată bunăstării și egalității de gen, alături de schimbări organizaționale și integrarea digitală, calitatea și eficiența serviciilor pot fi îmbunătățite pe termen scurt și mediu.

Al patrulea pilon al strategiei pune accentul pe implementarea politicilor cât mai comprehensive pentru forța de muncă din domeniul sănătății și îngrijirilor, îmbunătățind în același timp datele și coordonând toți stakeholderii implicați. Planificarea necesită informații fiabile despre nevoile actuale și viitoare, înțelegerea contextului și utilizarea abordărilor

multiprofesionale bazate pe dovezi, cu un leadership esențial pentru coordonare. Cadrul de acțiuni accentuează faptul că reglementarea eficientă și monitorizarea continuă a implementării și rezultatelor sunt cruciale pentru ciclurile de planificare reușite, în special în abordarea disparităților dintre sexe și asigurarea dezvoltării adecvate a forței de muncă aliniate cu obiectivele în evoluție ale sistemului de sănătate.

Al cincilea - și ultimul – pilon subliniază importanța creșterii și menținerii investițiilor publice inteligente în forța de muncă din domeniul sănătății și îngrijirii atât pentru creșterea economică, cât și pentru coeziunea socială. Această investiție este foarte productivă, cu un randament estimat de 9 la 1 conform Comisiei de Înalt Nivel privind Ocuparea Forței de Muncă în Domeniul Sănătății și Creșterea Economică („High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth”) în 2016. Planificarea strategică, care implică discuții despre nivelurile și modalitățile de finanțare, este esențială pentru a determina unde ar trebui direcționate investițiile și pentru a construi parteneriate mai solide cu ministerele de finanțe și alți finanțatori potențiali, în funcție de capacitatea țării de a crea spațiu fiscal pentru cheltuieli mai mari destinate resurselor umane din sănătate.

## Referințe și resurse suplimentare

Barnett T, Walker LE, Jacob E, Missen K, Cross MD, Shahwan-Akl L: Expanding the clinical placement capacity of rural hospitals in Australia: displacing Peta to place Paul?. Nurse Educ Today. 2012, 32: 485-489. 10.1016/j.nedt.2011.08.013.

Brunero S, Stein-Parbury J: The effectiveness of clinical supervision in nursing: an evidenced based literature review. Aust J Adv Nurs. 2008, 25: 86-94.

BucharestDeclaration. Bucharest Declaration on the Health and Care Groups, High-Level Meeting. WHO; 2023. https://www.juniordoctors.eu/sites/default/files/2023-04/Bucharest-decl-2023-eng.pdf

Capacity Project. HRH Action Framework. https://www.capacityproject.org/framework/

Chan D: The relationship between student learning outcomes from their clinical placement and their perceptions of the social climate of the clinical learning environment. Contemporary Nurse. 2004, 17: 149-158. 10.5172/conu.17.1-2.149.

Chen L, Evans T, Anand S, et al. Human resources for health: overcoming the crisis. The Lancet. 2004. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)17482-5.

Chenoweth L, Jeon YH, Merlyn T, Brodaty H: A systematic review of what factors attract and retain nurses in aged and dementia care. J Clin Nurs. 2010, 19: 156-167. 10.1111/j.1365-2702.2009.02955.x.

Cleary M, Happell B: Promoting a sustainable mental health nursing workforce: an evaluation of a transition mental health nursing programme. Int J Ment Health Nurs. 2005, 14: 109-116. 10.1111/j.1440-0979.2005.00367.x.

Collins-Camargo C, Sullivan DJ, Washeck B, Adams J, Sundet P: One state's effort to improve recruitment, retention and practice through multifaceted clinical supervision interventions. Child Welfare. 2009, 88: 87-107.

Cummins A: Clinical supervision: the way forward? A review of the literature. Nurse Educ Pract. 2009, 9: 215-220. 10.1016/j.nepr.2008.10.009.

Davys A, Beddoe L: Best Practice in Professional Supervision: a Guide for the Helping Professions. 2010, London, Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers

Davys AM, Beddoe L: Interprofessional learning for supervision: 'taking the blinkers off'. Learn Health Soc Care. 2009, 8 (1): 58-69.

Dawson M, Phillips B, Leggat SG: Effective clinical supervision for regional allied health professionals-the supervisee's perspective. Aust Health Rev. 2012, 36: 92-97. 10.1071/AH11006.

Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Hum Resour Health. 2003. https://doi.org/10.1186/1478-4491-1-3.

Ducat W, Pearce S: Professional supervision for allied health practitioners working in non-metropolitan health care settings: a comprehensive systematic review. JBI Library of Systematic Reviews. 2011, 9 (48): S52-S65.

Edwards H, Smith S, Courtney M, Finlayson K, Chapman H: The impact of clinical placement location on nursing students' competence and preparedness for practice. Nurse Educ Today. 2004, 24: 248-255. 10.1016/j.nedt.2004.01.003.

Expert Panel on Effective Ways of Investing in Health (EXPH). Supporting Mental Health of Health Workforce and Other Essential Workers. Publication Office of the European Union; 2021. https://health.ec.europa.eu/system/files/2021-10/028_mental-health_workforce_en_0.pdfKUHLMANNetal.19

Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K, Turunen H: Building organizational capacity for effective mentorship of pre-registration nursing students during placement learning: Finnish and British mentors' conceptions. Int J Nurs Pract. 2011, 17: 509-517. 10.1111/j.1440-172X.2011.01964.x.

Kadushin A: Supervision in Social Work. 1976, New York: Columbia University Press

Kaufman J, Schwartz T: Models of supervision: shaping professional identity. Clin Superv. 2004, 22: 143-158. 10.1300/J001v22n01_10.

Kavanagh DJ, Spence SH, Strong J, Wilson J, Sturk H, Crow N: Supervision practices in allied mental health: relationships of supervision characteristics to perceived impact and job satisfaction. Ment Health Serv Res. 2003, 5: 187-195. 10.1023/A:1026223517172.

Kumar M, Gotz D, Nutley T, Smith JB. Research gaps in routine health information system design barriers to data quality and use in low- and middle-income countries: a literature review. Int J Health Plann Manag. 2018. https://doi.org/10.1002/hpm.2447.

Lee TY, Tzeng WC, Lin CH, Yeh ML: Effects of a preceptorship programme on turnover rate, cost, quality and professional development. J Clin Nurs. 2009, 18: 1217-1225. 10.1111/j.1365-2702.2008.02662.x.

Proctor B: Training for the Supervision Alliance Attitude, Skills and Intention. Fundamental Themes in Clinical Supervision. Edited by: Cutcliffe JR, Butterworth T, Proctor B. 2001, London: Routledge, 25-46.

Sherring S, Knight D: An exploration of burnout among city mental health nurses. Br J Nurs. 2009, 18: 1234-1240. 10.12968/bjon.2009.18.20.45114.

Shipp PJ and World Health Organization. Workload indicators of staffing need (WISN): a manual for implementation. Division of Human Resources Development and Capacity Building. 1998. https://apps.who.int/iris/handle/10665/64011

WHA 63.15 Monitoring the achievement of the health-related Millennium Development Goals and WHA 63.16 WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel. Sixty-third World Health Assembly. 2010. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/4455/WHA63_REC1-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y Accessed

WHA 74.14 Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce. Seventy-fourth World Health Assembly. 2021. https://apps.who.int/gb/e/e_WHA74.html.

WHA59.27 Strengthening nursing and midwifery. Fifty-ninth World Health Assembly. 2006. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA59/A59_R27-en.pdf

WHA69.19 Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Sixty-ninth World Health Assembly. 2016. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-en.pdf

WHA70.6 Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Seventieth World Health Assembly. 2017. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R6-en.pdf?ua=1. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60-REC3/A60_REC3-en.pdf

World Health Organization and Global Health Workforce Alliance. The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43898/9789241596725_eng.pdf

World Health Organization. Sixtieth World Health Assembly. 2007. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA60-REC3/A60_REC3-en.pdf

World Health Organization. Working for Health 2022–2030 Action Plan. 2022. 9789240063341-eng.pdf (who.int)

World Health Organization. Working together for health: the World Health Report 2006. 2006. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43432/9241563176

_eng.pdf;jsessionid=CF5FEC650DC1942CE27AAC3EE594C772?sequence=1 Accessed

World Health Organization. Workload Indicators of Staffing Need: User's Manual. 2010. https://www.who.int/publications/i/item/9789241500197

## I.4. Provocări curente legate de resursele umane din sănătate

Așa cum am văzut în capitolele precedente, populația în creștere la nivel global, îmbătrânirea acesteia, așteptările în schimbare ale acesteia, precum și complexitatea prevalenței și incidenței bolilor (cu o povară în creștere a bolilor cronice non-transmisibile) pun presiuni asupra sistemelor de sănătate din întreaga lume.

În plus, disparitățile de acces la servicii de sănătate, migrația lucrătorilor din sănătate și fluctuațiile economice aduc noi provocări în recrutarea, formarea, menținerea și motivarea personalului medical.

În timp ce cerințele și așteptările privind calitatea îngrijirii medicale continuă să crească, gestionarea eficientă a forței de muncă devine esențială pentru asigurarea unor sisteme de sănătate sustenabile și eficiente. Acest capitol explorează provocările actuale cu care se confruntă domeniul resurselor umane în sănătate, urmat de soluții și strategii pentru a aborda aceste probleme în contextul global actual.

### I.4.1. Deficitul de resurse umane în sănătate

Deși există variații în măsura în care țările de pe diferite continente de pe glob sunt expuse la aceste lipsuri, acestea sunt, totuși, universale.

Atunci când vorbim despre lipsuri, este important să nu ne concentrăm doar asupra numărului de lucrători din domeniul sănătății, lucru care ne tentează de cele mai multe ori și care este, de asemenea, tentant pentru factorii de decizie politică, deoarece este poate unul dintre aspectele mai ușor de abordat în ceea ce privește forța de muncă din domeniul sănătății.

Datele la nivel global arată că există un deficit semnificativ de lucrători în domeniul sănătății, cu estimări care indică o lipsă de peste 18 milioane de lucrători în întreaga lume, până în anul 2030.

În afară de deficitul de personal medical, trebuie să ne concentrăm și asupra distribuției geografice a personalului medical, unde se constată

adesea disparități semnificative între zonele urbane și rurale, precum și între regiunile dezvoltate și cele în curs de dezvoltare. De exemplu, în multe țări din Africa și Asia, majoritatea lucrătorilor din domeniul sănătății se concentrează în marile centre urbane, lăsând zonele rurale sub-servite și cu acces limitat la îngrijire medicală de calitate.

Trebuie să ne concentrăm și asupra diversității și complementarității diferitelor profesii din cadrul personalului medical, cum ar fi medicii, asistenții medicali, moașele și tehnicienii de laborator, fiecare având un rol distinct și complementar în asigurarea îngrijirii de sănătate comprehensive și eficiente.

De asemenea, este esențial să ne concentrăm și asupra competențelor pe care le are personalul medical, inclusiv abilitățile clinice, comunicarea eficientă cu pacienții și colaborarea în echipe interprofesionale pentru gestionarea cazurilor complexe de sănătate.

În plus, trebuie să ne concentrăm și asupra modului în care lucrătorii din domeniul sănătății lucrează individual și în echipe, în cadrul sistemului de sănătate și între sisteme, pentru a oferi cele mai bune servicii pentru populație. Îmbunătățirea coordonării și colaborării între diferitele cadre medicale și între diferitele niveluri ale sistemului de sănătate poate contribui semnificativ la optimizarea eficienței și a calității serviciilor de sănătate oferite populației.

### I.4.2. Mobilitatea / migrația personalului din domeniul sănătății

Mobilitatea sau migrația profesioniștilor din domeniul sănătății reprezintă o provocare serioasă care subminează obiectivele de acoperire universală a sănătății pentru populație. Datele la nivel mondial relevă că migrația personalului medical este un fenomen semnificativ, cu milioane de profesioniști care își schimbă locul de muncă sau chiar țara de origine în căutarea de oportunități mai bune sau de condiții de lucru mai satisfăcătoare. De exemplu, potrivit Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), aproximativ 25% din medicii care practică în țările membre ale Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică (OCDE) sunt imigranți.

Libera mobilitate a lucrătorilor din domeniul sănătății din Uniunea Europeană nu poate fi îngrădită, deoarece este un drept fundamental al cetățenilor din statele membre ale Uniunii Europene, unde se aplică principiul liberei circulații a forței de muncă. Cu toate acestea, migrația personalului din domeniul sănătății poate avea consecințe semnificative (de multe ori negative) asupra sistemelor de sănătate din țările de origine și de destinație, inclusiv reducerea acoperirii și calității serviciilor de sănătate în unele zone geografice sau specialități medicale.

În acest context, gestionarea migrației personalului din domeniul sănătății este un aspect care trebuie abordat de către factorii de decizie politică.

Aceasta implică dezvoltarea și implementarea unor politici și strategii eficiente pentru a gestiona fluxurile migratorii și a minimiza efectele adverse asupra sistemelor de sănătate. Abordările pot include **recrutarea și retenția forței de muncă locale prin îmbunătățirea condițiilor de muncă și oferirea de oportunități de dezvoltare profesională**, precum și **promovarea colaborării internaționale pentru a asigura transferul de cunoștințe și abilități** și pentru a echilibra distribuția globală a resurselor umane în sănătate.

O notă de informare de politici elaborată de Observatorul European de Sisteme și Politici de Sănătate explorează aspectele cheie legate de mobilitatea personalului medical în contextul sistemelor de sănătate europene. Documentul examinează atât avantajele, cât și dezavantajele migrației lucrătorilor din domeniul sănătății în Europa.

Avantajele mobilității personalului medical sunt considerate din mai multe perspective, inclusiv **eficiența sistemelor de sănătate**. Mobilitatea personalului medical poate contribui la eficientizarea sistemelor de sănătate prin intermediul unor mecanisme precum **redistribuirea resurselor umane acolo unde sunt mai necesare și unde există deficite de personal medical**. Prin transferul lucrătorilor medicali din regiunile cu surplus către cele cu deficit de personal, mobilitatea poate ajuta la **compensarea nevoilor critice de îngrijire medicală** și la menținerea calității serviciilor în zonele sub-servite. Acest aspect este esențial pentru optimizarea funcționării sistemelor de sănătate, întrucât contribuie la gestionarea eficientă a resurselor și la

furnizarea unor servicii de sănătate mai echitabile și mai accesibile pentru populație.

Pe lângă aceasta, mobilitatea personalului medical poate contribui și la **creșterea eficienței prin schimbul de cunoștințe, abilități și practici medicale între diferite țări și sisteme de sănătate**. Prin expunerea la diferite sisteme de îngrijire medicală și practici de lucru, lucrătorii din domeniul sănătății pot dobândi noi competențe și perspective asupra îngrijirilor medicale, ceea ce poate conduce la îmbunătățirea calității și inovației în furnizarea serviciilor de sănătate.

Astfel, este important să recunoaștem că, din perspectiva eficienței, mobilitatea personalului medical poate aduce beneficii semnificative pentru sistemele de sănătate, contribuind la echilibrarea resurselor și la îmbunătățirea calității îngrijirii medicale, **dacă este gestionată și reglementată corespunzător**.

În ciuda avantajelor evidente pe care le prezintă mobilitatea personalului medical pentru eficiența sistemelor de sănătate, există și unele dezavantaje care trebuie luate în considerare din aceeași perspectivă a eficienței.

**Unul dintre dezavantajele majore este reprezentat de fenomenul de „brain drain**", prin care țările cu resurse medicale limitate pierd personal medical calificat în favoarea țărilor mai dezvoltate care oferă condiții de muncă și remunerație mai atractive. Această migrație a creierelor poate avea consecințe semnificative asupra eficienței sistemelor de sănătate din țările de origine, reducând disponibilitatea și calitatea îngrijirii medicale pentru populație și amplificând deja existentele deficite de personal medical.

De asemenea, mobilitatea personalului medical poate genera unele **inegalități în accesul la serviciile de sănătate**, deoarece lucrătorii medicali tind să se concentreze în regiunile sau instituțiile care oferă condiții de muncă mai bune sau salarii mai mari. Aceasta poate duce la **apariția de disparități regionale sau sociale în ceea ce privește disponibilitatea și calitatea îngrijirii medicale**, contrar obiectivului de a asigura o acoperire universală și egală a serviciilor de sănătate.

În plus, **mobilitatea personalului medical poate genera și costuri suplimentare pentru sistemul de sănătate**, în special în ceea ce privește recrutarea și formarea de noi lucrători medicali pentru a compensa pierderile cauzate de migrație. Acest aspect poate afecta în mod negativ eficiența financiară a sistemelor de sănătate și poate conduce la cheltuieli sporite în eforturile de a menține și de a îmbunătăți nivelul de acoperire și calitate a îngrijirii medicale.

Prin urmare, în ciuda beneficiilor evidente, este important ca mobilitatea personalului medical să fie gestionată în mod corespunzător pentru a minimiza efectele negative și pentru a maximiza avantajele sale potențiale în ceea ce privește eficiența sistemelor de sănătate.

Avantajele mobilității personalului medical sunt considerate din diverse perspective, inclusiv din cea a echității în accesul la îngrijirea medicală. Mobilitatea personalului medical poate contribui la **sporirea echității în furnizarea serviciilor de sănătate, prin redistribuirea resurselor umane acolo unde sunt mai necesare și unde există deficite de personal medical**. Transferul lucrătorilor medicali din regiunile cu surplus către cele cu deficit de personal poate ajuta la asigurarea unei acoperiri mai egale și mai echitabile a îngrijirii medicale pentru toți membrii societății, indiferent de locația geografică sau de statutul socio-economic. Astfel, mobilitatea personalului medical poate juca un rol semnificativ în reducerea disparităților în accesul la serviciile de sănătate și în promovarea unei distribuții mai juste și mai echitabile a resurselor de sănătate.

În ceea ce privește mobilitatea și migrația profesioniștilor din domeniul sănătății, o referință semnificativă este **Codul Global al Organizației Mondiale a Sănătății** pentru recrutarea etică a profesioniștilor din domeniul sănătății.

Acesta propune ca țările al căror personal din domeniul sănătății este implicat în mobilitate și migrație să semneze acorduri bilaterale pentru a face ca mobilitatea și migrația să funcționeze bine pentru țara de origine, pentru țările de destinație și pentru profesioniștii din domeniul sănătății înșiși. Cu toate acestea, multe țări nu respectă dispozițiile Codului Global, ceea ce duce

la dezechilibre în ceea ce privește acoperirea cu personal sanitar în multe țări, în special în țările cu venituri mici și medii.

Este deja un aspect agreat la nivel global că țările nu ar trebui să se bazeze pe recrutarea activă forței de muncă din sănătate din țările în care densitatea acestora este foarte scăzută.

În schimb, acestea ar trebui să se concentreze pe producția internă de profesioniști din domeniul sănătății. Acest lucru se dovedește, însă, de cele mai multe ori dificil, din motive cum ar fi atractivitatea scăzută a profesiilor din domeniul sănătății în rândul noilor generații, așteptările diferite, și valorile în schimbare ale noilor generații (cum ar fi accentul mult mai pregnant decât generațiile anterioare pe echilibrul dintre viața profesională și cea privată).

Cu toate dificultățile legate de implementarea sa, Codul Global de Recrutare Internațională a Personalului Medical reprezintă, la aproape 15 ani de la elaborarea și aprobarea sa, un angajament vital pentru abordarea problemelor legate de migrația lucrătorilor din domeniul sănătății și impactul acesteia asupra furnizării de servicii de sănătate la nivel global.

### I.4.3. Sănătatea mintală a personalului din domeniul sănătății

Urmările pandemiei COVID-19 au scos la iveală o epidemie în plină desfășurare de epuizare și extenuare printre lucrătorii din domeniul sănătății.

Acest fenomen este complex și necesită atenție comprehensivă din partea factorilor de decizie politică și a părților interesate.

Dovezi emergente din numeroase studii efectuate la nivel mondial subliniază gravitatea acestei probleme. De exemplu, cercetarea realizată de Spoorthy et al. (2020) evidențiază o creștere semnificativă a ratei de epuizare printre profesioniștii din domeniul sănătății în timpul pandemiei, cu factori precum volumul crescut de muncă, echipamentul de protecție personală (PPE) inadecvat și stresul emoțional accentuat care contribuie la niveluri crescute de extenuare.

Similar, un studiu realizat de Kisely et al. (2021) a constatat că lucrătorii din domeniul sănătății au întâmpinat distres psihologic substanțial și

epuizare datorită provocărilor generate de pandemie, inclusiv frica de infectare, dileme morale și martorizarea suferinței pacienților.

În plus, datele Organizației Mondiale a Sănătății relevă statistici alarmante cu privire la impactul pandemiei asupra sănătății mintale a lucrătorilor din domeniul sănătății, cu sondaje efectuate în diverse țări indicând rate ridicate de anxietate, depresie și tulburare de stres post-traumatic (PTSD) printre furnizorii de sănătate de primă linie.

Cu toate că există o cantitate în creștere de dovezi care evidențiază prevalența și gravitatea epuizării printre lucrătorii din domeniul sănătății, rămâne o discrepanță semnificativă în abordarea acestei probleme la nivelul politicilor.

Sistemele de sprijin inadecvate, accesul limitat la resursele de sănătate mintală și lipsa de strategii cuprinzătoare pentru a atenua epuizarea contribuie la perpetuarea acestei crize. Prin urmare, sunt imperative acțiuni urgente pentru a prioritiza sănătatea mintală și bunăstarea lucrătorilor din domeniul sănătății, inclusiv implementarea de intervenții bazate pe dovezi, furnizarea de mecanisme adecvate de sprijin și integrarea serviciilor de sănătate mintală în sistemele de sănătate.

Neatenționarea acestei probleme presante nu numai că pune în pericol sănătatea și siguranța lucrătorilor din domeniul sănătății, dar subminează și rezistența și durabilitatea sistemelor de sănătate în fața viitoarelor provocări.

## Referințe și resurse suplimentare

Abadalla, et al. Contribution of Sudanese medical diaspora to the health care delivery system in Sudan: Exploring options and barriers. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0123-x.

Abugala and Badr. Challenges to implementation of the WHO Global Code of Practice on International Recruitment of health personnel: the case of Sudan. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0117-8.

Bourgeault, et al. Knowledge and potential impact of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Does it matter for source and destination country stakeholders? Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0128-5.

Brugha, et al. Passing through - reasons why migrant doctors plan to stay, return home or migrate onwards to new destination countries. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0121-z.

Dhillon I, et al. Innovations in Cooperation: A Guidebook on Bilateral Agreements to Address Health Worker Migration, The Aspen Institute. 2010. Available at http://www.aspeninstitute.org/publications/innovations-cooperation-guidebook-bilateral-agreements-address-health-worker-migration.

Forthcoming, WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. http://www.who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en/.

Glinos IA, Wismar M, Buchan J, Rakovak I. How Can Countries Address the Efficiency and Equity Implications of Health Professional Mobility in Europe? Adapting Policies in the Context of the WHO Code and EU Freedom of Movement. Policy Brief. Copenhagen: WHO; 2015.

Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. bmj. 2020 May 5;369.

Laytin and Derbew. The surgical workforce shortage and successes in retaining surgical trainees in Ethiopia: a professional survey. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0126-7.

McAleese, et al. Gone for good? An online survey of emigrant health professionals using Facebook as a recruitment tool. doi:10.1186/s12960-016-0130-y.

OECD. International Migration Outlook 2015. Paris: OECD Publishing; 2015. http://dx.doi.org/10.1787/migr_outlook-2015-en.

Paina, et al. Implementing the Code of Practice on International Recruitment in Romania - Exploring the current state of implementation and what Romania is doing to retain its domestic health workforce. Human Resources for Health. 2016;14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0119-6.

Poppe, et al. The views of migrant health workers living in Austria and Belgium on return migration to sub-Saharan Africa. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0129-4.

Schaffer, et al. Code for Ethical International Recruitment Practices: The CGFNS Alliance Case Study. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0127-6.

Spoorthy MS, Pratapa SK, Mahant S. Mental health problems faced by healthcare workers due to the COVID-19 pandemic–A review. Asian journal of psychiatry. 2020 Jun 1;51:102119.

Squires, et al. Exploring longitudinal shifts in international nurse migration to the United States between 2003 and 2013 through a random effects panel data analysis. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0118-7.

Szpakowski, et al. Labour migration of Polish nurses: A questionnaire survey conducted with Computer Assisted Web Interview technique (CAWI). Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0124-9.

The WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel http://www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1.

Tomblin-Murphy, et al. A mixed-methods study of health worker migration from Jamaica. doi:10.1186/s12960-016-0125-8.

Tyrell, et al. Predictors of career progression and obstacles and opportunities for non-EU hospital doctors to undertake postgraduate training in Ireland. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0120-0.

UNITAID. http://www.unitaid.eu/en/who/about-unitaid.

Van de Pas. The Code of Practice and its enduring relevance in Europe and East and Southern Africa. Human Resources for Health, 2016. 14(Suppl 1). doi:10.1186/s12960-016-0122-y.

WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: second round of national reporting Report by the Secretariat http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_37-en.pdf.

WHO. Report of the Expert Advisory Group on the Relevance and Effectiveness of the WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel: Report by the Director-General; A68/32 Add.1. 2015. Available at http://www.who.int/hrh/migration/Item23-A68_32Add1-en20-05-2015.pdf?ua=1.

## I.5. Răspunsuri la provocările curente legate de resursele umane din sănătate

Dacă acestea sunt provocările, atunci **care sunt soluțiile pentru cel mai bun management al lucrătorilor din domeniul sănătății** și **cele mai bune politici pentru a aborda provocările actuale** cu care se confruntă lucrătorii din domeniul sănătății la nivel global? În cele ce urmează vor fi prezentate câteva din răspunsurile sistemelor de sănătate la provocările globale din domeniul resurselor umane din sănătate.

### I.5.1. Migrația circulară a resurselor umane din sănătate

Pentru a aborda mobilitatea și migrația profesioniștilor din domeniul sănătății, au fost propuse câteva soluții. Una dintre ele este **migrația circulară**, un concept încă insuficient explorat în cazul lucrătorilor din domeniul sănătății.

Migrația circulară a profesioniștilor din domeniul sănătății se referă la mișcarea ciclică a lucrătorilor din domeniul sănătății între țările lor de origine și țările destinație pentru contracte temporare de muncă, training sau educație, cu intenția de a se întoarce în cele din urmă în țara de origine.

Acest fenomen a câștigat o atenție tot mai mare în ultimii ani ca strategie pentru a aborda deficitul global de lucrători din domeniul sănătății, facilitând în același timp dezvoltarea abilităților și transferul de cunoștințe. Numeroase studii au documentat beneficiile migrației circulare pentru atât țările de origine, cât și pentru cele de destinație.

De exemplu, cercetările realizate de Clemens și Pettersson (2008) sugerează că migrația circulară poate atenua deficitul de forță de muncă din țările de destinație, oferind acces temporar la profesioniști din domeniul sănătății calificați, în special în zonele cu nevoi acute de personal.

În plus, migrația circulară permite lucrătorilor din domeniul sănătății din țările cu venituri mici și medii să obțină experiență, training și calificări

valoroase în țările cu venituri ridicate, pe care ulterior le pot aplica la întoarcerea în țara de origine, consolidând astfel capacitatea și calitatea serviciilor de sănătate în țările lor de origine.

Cu toate acestea, rămân provocări, inclusiv preocupări legate de exodul de creiere, deoarece profesioniștii din domeniul sănătății ar putea opta să-și prelungească șederea în țările de destinație în mod indefinit în loc să se întoarcă acasă, agravând deficitul de forță de muncă din țările de origine.

Mai mult, este necesară implementarea de cadre politice eficiente și cooperare internațională pentru a asigura recrutarea etică, tratarea corectă și retenția lucrătorilor din domeniul sănătății implicați în migrația circulară, promovând în același timp accesul echitabil la serviciile de sănătate la nivel global.

Datele Organizației Internaționale a Muncii (OIM) subliniază importanța migrației circulare în sectorul sănătății. De exemplu, conform raportului OIM privind Estimările Globale ale Lucrătorilor Migranți, publicat în 2018, aproximativ 29 de milioane de lucrători migranți erau angajați în sectorul sănătății și asistenței sociale la nivel mondial.

Acest lucru evidențiază contribuția semnificativă a lucrătorilor migranți din domeniul sănătății la forța de muncă globală și rolul crucial pe care îl joacă în susținerea sistemelor de sănătate dincolo de frontiere.

## I.5.2. Inovații în materie de mix de competențe (skill-mix)

Acestea se referă, în principal, la transferarea sarcinilor („task shifting") și împărțirea sarcinilor („task sharing"). Există o multitudine de referințe și resurse legate de *task shifting* și *task sharing*, care arat[ înspre faptul că inovațiile în mixul de competențe reprezintă o abordare strategică pentru optimizarea prestării serviciilor medicale prin redistribuirea sarcinilor între diferite categorii de lucrători din domeniul sănătății.

Partajarea sarcinilor și transferul sarcinilor sunt două exemple importante de inovații în mixul de competențe care au câștigat popularitate în ultimii ani.

Partajarea sarcinilor implică delegarea anumitor sarcini de la profesioniștii din domeniul sănătății cu un nivel mai ridicat de competențe la lucrătorii cu un nivel mai scăzut de competențe, în cadrul unui domeniu definit de practică și sub supravegherea corespunzătoare.

Această abordare își propune să extindă accesul la serviciile medicale esențiale, în special în medii cu resurse limitate, valorificând competențele unui spectru mai larg de furnizori de servicii medicale.

Pe de altă parte, transferul sarcinilor implică redistribuirea sarcinilor de la o categorie de lucrători din domeniul sănătății la alta, adesea implicând transferul responsabilităților de la medici la lucrătorii din domeniul sănătății non-medici, cum ar fi asistentele medicale, moașele sau lucrătorii din domeniul sănătății comunitare.

Prin redistribuirea sarcinilor în funcție de competențele și capacitățile diferiților furnizori de servicii medicale, transferul sarcinilor își propune să îmbunătățească eficiența, să îmbunătățească accesul la îngrijiri și să maximizeze utilizarea resurselor umane disponibile. Atât partajarea sarcinilor, cât și transferul sarcinilor au fost recunoscute ca strategii eficiente pentru abordarea deficitului de personal medical, îmbunătățirea prestării serviciilor și atingerea obiectivelor de acoperire medicală universală. Cu toate acestea, **implementarea reușită necesită planificare atentă, formare adecvată, cadre reglementare de suport și monitorizare continuă pentru a asigura calitatea îngrijirii și siguranța pacientul**ui.

### I.5.3. Stimulente financiare și nefinanciare

Acestea vizează atragerea și motivarea lucrătorilor din domeniul sănătății. Mecanismele financiare și non-financiare joacă roluri cruciale în promovarea atracției, retenției și motivației lucrătorilor din domeniul sănătății și al îngrijirii.

Stimulentele financiare, cum ar fi salariile competitive, bonusurile și alocațiile, sunt componente esențiale pentru a atrage și reține profesioniști calificați în sectorul medical.

Compensația adecvată nu numai că recunoaște valoarea contribuțiilor lucrătorilor din domeniul sănătății, ci și ajută la atenuarea stresorilor financiari și la stimularea performanței ridicate.

În plus, stimulentele non-financiare, inclusiv oportunitățile de dezvoltare profesională, perspectivele de avansare în carieră și medii de lucru de suport, sunt la fel de importante în stimularea motivației și satisfacției la locul de muncă pentru lucrătorii din domeniul sănătății.

Oferirea accesului la formare continuă, programe de mentorat și oportunități de dezvoltare a abilităților nu numai că îmbunătățește creșterea profesională a lucrătorilor din domeniul sănătății, dar demonstrează și angajamentul organizațional față de bunăstarea acestora.

În plus, crearea unor medii de lucru de suport care prioritizează siguranța, recunoașterea și echilibrul între viața profesională și cea personală poate contribui semnificativ la retenția și moralul personalului.

Implementarea unei combinații de stimulente financiare și non-financiare adaptate nevoilor și preferințelor specifice ale lucrătorilor din domeniul sănătății este esențială pentru menținerea unei forțe de muncă motivate, implicate și reziliente în sectorul sănătății.

Țările se confruntă cu provocări semnificative atunci când încearcă să educe lucrători din domeniul sănătății pe plan intern în loc să recruteze din străinătate.

Un obstacol major îl reprezintă lipsa infrastructurii și a resurselor adecvate în cadrul sistemului de educație intern pentru a instrui și a produce un număr suficient de profesioniști din domeniul sănătății.

Aceasta include lipsa cadrelor didactice calificate, a facilităților de formare insuficiente și accesul limitat la locurile clinice pentru experiență practică.

În plus, constrângerile financiare adesea împiedică eforturile de extindere a programelor de educație medicală și de îmbunătățire a calității acestora. Mai mult, tendințele demografice, cum ar fi îmbătrânirea populației și creșterea cererii de servicii medicale, accentuează presiunea asupra sistemelor de educație interne de a produce o forță de muncă medicală calificată. În plus, factorii politici și economici pot influența

deciziile privind investiția în educația medicală, cu priorități concurente care direcționează resursele departe de inițiativele de formare.

Abordarea acestor provocări necesită o abordare complexă, implicând investiții sporite în infrastructura educațională, colaborare îmbunătățită între instituțiile educaționale și furnizorii de servicii medicale și implementarea unor politici pentru a stimula dezvoltarea forței de muncă medicală pe plan intern.

O altă provocare importantă este reprezentată de așteptările noi ale noilor generații de profesioniști – aspect deja menționat în trecere anterior – care pun un accent crescut pe necesitatea unei echilibrări mai bune între viața profesională și cea personală. Generațiile recente de lucrători din domeniul sănătății tind să acorde o importanță tot mai mare bunăstării lor personale și calității vieții, alături de performanța profesională.

Aceștia tind să caute medii de lucru care să ofere flexibilitate în programul de lucru, posibilități de lucru de acasă sau de lucru la distanță, și sprijin pentru gestionarea stresului și a epuizării profesionale.

Această schimbare de paradigmă în așteptările lucrătorilor din domeniul sănătății necesită adaptări în modul în care sistemele de educație și angajatori abordează pregătirea și menținerea personalului medical.

Este necesară o reevaluare a culturii organizaționale pentru a promova o mentalitate de echilibru între viața profesională și personală și pentru a încuraja practicile de lucru sănătoase și sustenabile.

Pentru a răspunde cerințelor noilor generații de lucrători din domeniul sănătății și pentru a atrage și menține personalul calificat, sistemele de educație trebuie să colaboreze cu angajatorii pentru a integra toate aceste menționate mai sus aspecte în planificarea și dezvoltarea forței de muncă din domeniul sănătății.

## Referințe și resurse suplimentare

Aiken LH, Buchan J, Sochalski J, Nichols B, Powell M. Trends in international nurse migration. Health Aff. 2004;23:69–77.

Aly Z, Taj F. Why Pakistani medical graduates must remain free to emigrate. PLoS Med. 2008;5:0006–8.

Armen A. Doctors, Migration and the Irish Health Care System. Masters Thesis. University College Dublin; 2008.

Bidwell, P, Humphries, N, Dicker, P, Thomas, S, Normand, C and Brugha, R. The national and international implications of a decade of doctor migration in the Irish context. Health Policy; 2013;110;1;29–38.

Bradley EH, Curry LA, Devers KJ. Qualitative data analysis for health services research: developing taxonomy, themes, and theory. Health Serv Res. 2007;42:1758–72.

Buchan J, Couper ID, Tangcharoensathien V, Thepannya K, Jaskiewicz W. Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2013;91:834–40.

Buchan J, Sochalski J. The migration of nurses: trends and policies. Bull World Heal Organ. 2004;82:587–94.

Buchan J, Thompson M, O'May F. Health workforce incentive and remuneration strategies. A research review. Geneva: World Health Organization; 2000.

Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Health Organ. 2013;91:853–63.

Campbell T. Medical workforce analysis. Ireland and the European Union compared. Staff paper prepared by Labour Market and Enterprise Policy Division of the Department of Public Expenditure and Reform. Dublin: Department of Public Expenditure and Reform; 2015. http://igees.gov.ie/wp-content/uploads/2014/11/Medical-Workforce-Analysis.pdf.

Carr, S.C, Inkson, K, Thorn, K. From global careers to talent flow: Reinterpreting 'brain drain'. Journal of World Business. 2005;40(4)386–98.

Chaix-Couturier C, Durand-Zaleski I, Jolly D, Durieux P. Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues. Int J Qual Heal Care. 2000;12:133–42.

Chandler CIR, Chonya S, Mtei F, Reyburn H, Whitty CJM. Motivation, money and respect: a mixed-method study of Tanzanian non-physician clinicians. Soc Sci Med. 2009;68:2078–88.

Clarke N, Crowe S, Humphries N, Conroy R, O'Hare S, Kavanagh P, Brugha R. Factors influencing trainee doctor emigration in a high income country: a mixed methods study. Hum Resour Health. 2017;15:66.

Cohen R. Migration and culture. In: Anderson B, Keith M, editors. Migration: the COMPAS anthology. Oxford: COMPAS; 2014.

Cometto G, Boerma T, Campbell J, Dare L, Evans T. The Third Global Forum: framing the health workforce agenda for universal health coverage. Lancet Glob Health. 2013;1:e324–5.

Connell J. The two cultures of health worker migration: a Pacific perspective. Soc Sci Med. 2014;116:73–81.

Connell J. Toward a global health care system? In: Connell J, editor. The international migration of health workers. New York: Routledge; 2008.

Crowe S, Clarke N, Brugha R. „You do not cross them": hierarchy and emotion in doctors' narratives of power relations in specialist training. Soc Sci Med. 2017;186:70–7.

Dolea C, Stormont L, Braichet J-M. Evaluated strategies to increase attraction and retention of health workers in remote and rural areas. Bull World Health Organ. 2010;88:379–85.

Eyal N, Hurst SA. Physician brain drain: can nothing be done? Public Health Ethics. 2008;1:180–192.

Fahy N, Hervey T, Greer S, Jarman H, Stuckler D, Galsworthy M, McKee M: How will Brexit affect health and health services in the UK? Evaluating three possible scenarios. Lancet 2017, online ahe.

Franco LM, Bennett S, Kanfer R. Health sector reform and public sector health worker motivation: a conceptual framework. Soc Sci Med. 2002;54:1255–66.

Gilmartin M. Ireland and migration in the twenty-first century. Manchester: Manchester University Press; 2015.

Glynn I, Kelly T, MacEinri P. Irish emigration in an age of austerity. Cork: Department of Geography & Institute for the Social Sciences in the 21st

Century, University College Cork; 2013. https://www.ucc.ie/en/media/research/emigre/Emigration_in_an_Age_of_Austerity_Final.pdf.

Gosden T, Forland F, Kristiansen I, Sutton M, Leese B, Giuffrida A, et al. Capitation, salary, fee-for-service and mixed systems of payment: effects on the behaviour of primary care physicians (review). Cochrane Collab 2011(3):CD002215.

Hanley Report: Report of the National Task Force on Medical Staffing. Dublin: Department of Health and Children; 2003. http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/Report-of-the-National-Task-Force-on-Medical-Staffing-Hanly-report.pdf.

Health Services Executive (HSE): Towards Successful Consultant Recruitment, Appointment and Retention. Recommendations of a Committee appointed by the HSE regarding reform of the processes for creation, approval recruitment and appointment to Consultant posts. Dublin: Health Services Executive; 2016. http://www.hse.ie/eng/staff/Resources/HR_publications/consultantrecruitment_dec16.pdf.

Hernandez-Pena P, Poullier JP, Van Mosseveld CJM, Van De Maele N, Cherilova V, Indikadahena C, et al. Health worker remuneration in WHO Member States. Bull World Health Organ. 2013;91:808–15.

Higher Education Authority (HEA): Higher education fact sheet: medicine. Dublin: Higher Education Authority (HEA); 2017.

Hirschman, A.O. Exit, voice and loyalty. Responses to decline in organisations, states and firms. Harvard University Press, Cambridge. 1970.

HSE MET. Annual assessment of NCHD posts July 2011 to June 2012. Dublin: Health Service Executive Medical Education and Training Unit; 2012.

Humphries N, Brugha R, McGee H. Overseas nurse recruitment: Ireland as an illustration of the dynamic nature of nurse migration. Health Policy (New York). 2008;87(2):264–72.

Humphries N, Tyrrell E, McAleese S, Bidwell P, Thomas S, Normand C, Brugha R. A cycle of brain gain, waste and drain—a qualitative study of non-EU migrant doctors in Ireland. BMC Hum Resour Heal. 2013;11:63.

Imrie K. Training 21st century clinical leaders. Dublin: Royal College of Physicians of Ireland (RCPI); 2014. https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2016/01/Training-21st-Century-Clinical-Leaders.pdf.

Jones G. „A mysterious discrimination „: Irish medical emigration to the United States in the 1950s. Social History of Medicine; 2012;25(1):139–56.

Kapur D. Diaspora, development and democracy. The domestic impact of international migration from India. Princeton and Oxford: Princeton Press; 2010.

Kingma M. Nurses on the move: migration and the global health care economy. London: ILR Press; 2006.

Kiser E. Comparing varieties of agency theory in economics, political science, and sociology: an illustration from state policy implementation. Sociol Theory. 1999;17:146–70.

Lagarde M, Blaauw D. A review of the application and contribution of discrete choice experiments to inform human resources policy interventions. Hum Resour Health. 2009;7:62.

Lagarde M, Powell-Jackson T, Blaauw D. Managing incentives for health providers and patients in the move towards universal coverage. London: LSHTM & WHO; 2010.

Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. BMC Health Serv Res. 2008;8:19.

McPake B, Maeda A, Araújo C, Lemiere C, El Maghraby A, Cometto G. Why do health labour market forces matter? Bull World Health Organ. 2013;91:841–6.

Mullan F. The metrics of the physician brain drain. N Engl J Med. 2005;353:1810–8.

Mullan, F. Doctors and soccer players - African Professionals on the Move. New England Journal of Medicine. 2007;353;1810–18.

O'Regan E. €116,000 hospital jobs go unfilled. Irish Independent. March 30th. 2013. https://www.independent.ie/irish-news/116000-hospital-jobs-go-unfilled-29163747.html.

Paul E, Robinson M. Performance budgeting, motivation, and incentives. In: Performance budgeting: linking funding and results. Washington, DC: International Monetary Fund & Palgrave/McMillan; 2007.

Prescott M, Nichter M. Transnational nurse migration: future directions for medical anthropological research. Soc Sci Med. 2014;107:113–23.

RCPI: Towards 2026—a future direction for Irish healthcare. Dublin: Royal College of Physicians of Ireland (RCPI); 2017. https://rcpi-live-cdn.s3.amazonaws.com/wp-content/uploads/2017/03/Towards-2026-Report-web.pdf.

Rebitzer JB, Taylor LJ. Extrinsic rewards and intrinsic motives: standard and behavioral approaches to agency and labor markets. Annandale, NY: Levy Economics Institute of Bard College - Working Paper No. 607; 2010.

Robinson JC. Theory and practice in the design of physician payment incentives. Milbank Q. 2001;79:149–77.

Roenen C, Ferrinho P, Van Dormael M, Conceição MC, Van Lerberghe W. How African doctors make ends meet: an exploration. Trop Med Int Health. 1997;2:127–35.

Sales M, Kieny M-P, Krech R, Etienne C. Human resources for universal health coverage: from evidence to policy and action. Bull World Health Organ. 2013;91:798–798A.

Thomas S, Burke S, Barry S. The Irish health-care system and austerity: sharing the pain. Lancet. 2014;383:1545-6.

Tierney Report. Medical manpower in acute hospitals. A discussion document. Dublin: Department of Health, Comhairle na n-Ospideal and the Postgraduate Medical and Dental Board; 1993. http://www.lenus.ie/hse/bitstream/10147/46291/1/1089.pdf.

WHO. World Health Report 2006 - working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.

Willis-Shattuck M, Bidwell P, Thomas S, Wyness L, Blaauw D, Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2008;8:247.

World Health Organization: The WHO global code of practice on the international recruitment of health personnel. Geneva: World Health Organisation; 2010.

## I.6. Politicile de sănătate pentru resurse umane

**Politicile de sănătate se referă la deciziile, planurile și acțiunile întreprinse de guverne, organizații de sănătate și alte părți interesate pentru a aborda probleme legate de sănătate într-o populație sau comunitate.**

Aceste politici sunt concepute pentru a ghida alocarea resurselor, a stabili priorități și a stabili cadre pentru furnizarea serviciilor de sănătate, promovarea sănătății, prevenirea bolilor și gestionarea sistemelor de sănătate.

Politicile de sănătate au ca scop îmbunătățirea rezultatelor de sănătate, reducerea disparităților în sănătate, îmbunătățirea accesului la serviciile de sănătate, asigurarea calității și siguranței furnizării serviciilor de sănătate și gestionarea costurilor asociate cu furnizarea serviciilor de sănătate. E

le pot acoperi o gamă largă de domenii, inclusiv finanțarea sănătății, modelele de furnizare a serviciilor de sănătate, formarea și reglementarea forței de muncă din domeniul sănătății, inițiativele de sănătate publică, reglementarea farmaceutică și utilizarea tehnologiei în sănătate.

**Politicile de sănătate sunt de obicei informate de cercetarea bazată pe dovezi, datele de sănătate publică, aportul de la profesioniștii din domeniul sănătății și diverși stakeholderi, precum și luarea în considerare a factorilor sociali, economici și politici.**

**Politicile privind forța de muncă în domeniul sănătății se referă la deciziile, planurile și acțiunile întreprinse de guverne, organizații de sănătate și alte părți interesate pentru a reglementa și gestiona forța de muncă din sectorul sănătății.**

Aceste politici sunt concepute pentru a ghida recrutarea, pregătirea, distribuția, reglementarea și menținerea personalului medical și a altor profesioniști din domeniul sănătății. Ele pot include măsuri pentru a asigura **o forță de muncă suficientă, bine pregătită și motivată, pentru a satisface**

**nevoile de sănătate ale populației, precum și pentru a îmbunătăți calitatea și eficiența furnizării serviciilor de sănătate**.

Politicile privind forța de muncă în domeniul sănătății pot acoperi aspecte precum recrutarea și selecția personalului medical, formarea și dezvoltarea profesională, condițiile de muncă, salarizarea și beneficiile, siguranța și sănătatea ocupată, reglementarea și etica profesională, și echitatea și diversitatea în forța de muncă. Aceste politici sunt esențiale pentru funcționarea eficientă a sistemelor de sănătate și pentru asigurarea accesului la îngrijirea medicală de calitate pentru toți cetățenii.

### I.6.1. Recrutarea forței de muncă

Politicile privind **recrutarea forței de muncă** în domeniul sănătății includ strategiile și acțiunile elaborate pentru a atrage și a angaja profesioniști calificați și talentați în sectorul sănătății. Aceste politici sunt fundamentale pentru asigurarea unei forțe de muncă adecvate și bine pregătite, capabile să răspundă nevoilor de sănătate ale populației.

Aceste politici pot să includă:

- **Campanii de promovare și recrutare:** atât guvernele, cât și organizațiile care furnizează servicii de sănătate pot desfășura campanii de marketing și promovare pentru a atrage potențiali profesioniști medicali. Aceste campanii pot include materiale publicitare, evenimente de recrutare și prezentări în școli și universități;
- **Programe de burse și împrumuturi pentru studenți**: O modalitate eficientă de a atrage tineri talentați în domeniul sănătății este oferirea de burse și împrumuturi pentru studenți care doresc să urmeze o carieră în medicină, asistență medicală sau alte profesii din domeniul sănătății. Aceste programe pot ajuta la **reducerea barierelor financiare** și pot stimula interesul pentru profesiile din sănătate;
- **Dezvoltarea infrastructurii educaționale:** investițiile în infrastructura educațională, cum ar fi construirea și modernizarea școlilor de

medicină, asistență medicală și alte instituții de învățământ medical, pot **spori capacitatea de pregătire a noilor profesioniști din sănătate**;

- **Programe de mentorat și stagii:** Oferirea de programe de mentorat și stagii în cadrul instituțiilor medicale poate oferi studenților oportunitatea de a-și dezvolta abilitățile și de a obține experiență practică în domeniul sănătății. Aceste programe pot crește atracția pentru profesia medicală și pot ajuta la identificarea și formarea tinerilor talente;
- **Recrutarea internațională:** în unele cazuri, guvernele și organizațiile de sănătate pot recruta profesioniști medicali din alte țări pentru a acoperi deficitele de personal din sectorul sănătății. Cu toate acestea, este important ca aceste programe să fie realizate în mod responsabil și să respecte standardele etice și legale , cum ar fi **prevederile Codului Global de Recrutare Internațională a Personalului Medical**, elaborat de Organizația Mondială a Sănătății;

Prin implementarea unor politici eficiente de **recrutare a forței de muncă** (orice combinație dintre mecanismele individuale prezentate mai sus), guvernele și organizațiile de sănătate pot asigura că **există suficienți profesioniști calificați și motivați pentru a furniza servicii de sănătate de calitate și a satisface nevoile de sănătate ale comunității.**

### I.6.2. Menținerea forței de muncă

Pe lângă atragerea forței de muncă, menținerea forței de muncă în domeniul sănătății este crucială pentru asigurarea continuității și calității serviciilor de sănătate**. Politicile orientate către menținerea profesioniștilor** din domeniul sănătății sunt esențiale pentru abordarea ratei de schimb a personalului, prevenirea epuizării profesionale și menținerea unei forțe de muncă calificate. Mai jos sunt prezentate câteva strategii și politici cheie pentru menținerea forței de muncă în domeniul sănătății:

- **Compensație și beneficii competitive:** oferirea de **salarii competitive, bonusuri și pachete de beneficii** – dar nu doar stimulente financiare, ci și beneficii non-financiare, precum **aranjamente de lucru flexibile,**

**oportunități de dezvoltare profesională și sprijin pentru echilibrul dintre viața profesională și personală**;

- **Oportunități de dezvoltare profesională:** furnizarea de formare continuă, educație permanentă și oportunități de avansare în carieră – prin metode cum ar fi **sprijin pentru educație suplimentară, programe de formare specializate, inițiative de mentorat și oportunități de roluri de leadership & management în cadrul sistemului de sănătate**;
- **Medii de lucru sigure și care oferă sprijin:** politicile de creare a unor medii de lucru sigure, suportive și incluzive ar trebui să se concentreze pe promovarea unei culturi a respectului, a lucrului în echipă și a colaborării, precum și pe abordarea problemelor precum violența la locul de muncă, hărțuirea și discriminarea;
- **Managementul volumului de muncă:** implementarea politicilor pentru a asigura încărcături de muncă gestionabile și ore de lucru rezonabile poate preveni epuizarea profesională și îmbunătăți satisfacția la locul de muncă a profesioniștilor din domeniul sănătății – prin strategii precum **distribuția sarcinilor de muncă, raporturile de personal și utilizarea tehnologiei pentru simplificarea sarcinilor administrative**;
- **Programe pentru sănătatea și bunăstarea angajaților:** oferirea de acces la programe pentru sănătatea și bunăstarea angajaților poate ajuta profesioniștii din domeniul sănătății să gestioneze stresul, să își mențină starea de bine fizică și mentală și să prevină epuizarea profesională – de exemplu prin acces la servicii de consiliere, workshop-uri de management al stresului, programe de fitness și acces la resurse de wellness;
- **Recunoaștere și apreciere:** recunoașterea și aprecierea contribuțiilor profesioniștilor din domeniul sănătății contribuie la susținerea și creșterea moralului și satisfacției în muncă; acest lucru poate fi realizat prin mecanisme care să identifice și **să aprecieze realizările, să recompenseze excelența și să celebreze realizările în cadrul echipelor din diversele paliere ale serviciilor de sănătate**;

- **Canale de feedback și comunicare:** stabilirea de canale de comunicare deschise și mecanisme de feedback servește abordării preocupărilor personalului, obținerii de feedback și promovării unei culturi a transparenței (atât de importantă în sistemul de sănătate) și creșterii încrederii în sistemul de sănătate, în ansamblul său. Profesioniștii din domeniul sănătății ar trebui să se simtă împuterniciți să-și exprime opiniile, să ridice probleme și să contribuie la procesele decizionale, fără să existe teama de repercusiuni negative dacă acest lucru se întâmplă..

## I.6.3. Motivarea forței de muncă

Motivarea forței de muncă în domeniul sănătății este esențială pentru asigurarea unor niveluri ridicate de performanță, satisfacție la locul de muncă și retenție. **Politicile orientate către motivarea profesioniștilor** din domeniul sănătății sunt concepute pentru a inspira și a încuraja indivizii să performeze la cel mai înalt nivel și să rămână angajați la rolurile lor.

Recunoaștere și recompense: Implementarea programelor de recunoaștere și recompense pentru performanță remarcabilă poate fi foarte motivantă pentru profesioniștii din domeniul sănătății. Aceasta poate include premii, bonusuri, certificate de apreciere sau alte forme de recunoaștere pentru realizări excelente în îngrijirea pacienților, inovație sau leadership.

- **Oportunități de dezvoltare a carierei:** oferirea de oportunități pentru avansare în carieră, dezvoltarea abilităților și creșterea profesională se poate face prin sprijinirea căilor pentru promovare, pregătirea suplimentară, specializare și oportunitățile de a prelua noi provocări și responsabilități; în unele cazuri asemenea mecanism pot însemna **încurajarea practicienilor clinicieni să fie formați pentru a prelua roluri administrative sau manageriale**;
- **Aranjamente flexibile de lucru:** prin oferirea de programe de lucru flexibile, opțiuni de muncă part-time, oportunități de lucru remote sau aranjamente de partajare a locurilor de muncă;

- **Inițiative de implicare a angajaților:** implicarea profesioniștilor din domeniul sănătății în procesele decizionale, solicitarea opiniei lor cu privire la politicile de la locul de muncă și implicarea lor în inițiativele de îmbunătățire a calității sau de coagulare a inițiativelor de la nivelul comunității;
- **Educație continuă și formare:** oferind acces la educație continuă, programe de formare și oportunități de dezvoltare a abilităților, profesioniștii din domeniul sănătății sunt ajutați să rămână la curent cu cele mai recente progrese în domeniul lor și să îmbunătățească satisfacția la locul de muncă;
- **Semnificația în muncă:** fiecare organizație trebuie să se asigure că personalul lor se simte valorizat și împlinit în rolurile pe care le au, prin accentuarea importanței și impactului muncii lor la nivelul organizației în ansamblu, sau la nivelul întregului sistem de sănătate; de multe ori, pentru ca acest lucru să se întâmple, conducerea organizațiilor trebuie să se asigure că comunică corespunzător obiectivele organizaționale, așa încât aspirațiile individuale ale personalului să fie aliniate cu acestea.

#### *I.6.3.1. Motivarea forței de muncă din zonele rurale și îndepărtate*

Motivarea lucrătorilor din domeniul sănătății **în zonele rurale** prezintă provocări unice datorită factorilor precum resursele limitate, izolarea și natura solicitantă a prestării serviciilor de sănătate în mediul rural.

Cu toate acestea, implementarea politicilor și strategiilor adaptate poate contribui la adresarea acestor provocări și asigurarea motivației și retenției profesioniștilor din domeniul sănătății în mediile rurale.

Date fiind condițiile adesea dificile din mediile de sănătate rurale, programele de recunoaștere și recompense pentru performanță remarcabilă pot avea un impact semnificativ asupra motivării lucrătorilor din domeniul sănătății.

Organizația Mondială a Sănătății a dedicat, de-a lungul timpului, resurse considerabile problematicii recrutării, menținerii și motivării personalului medical în zone rurale și îndepărtate sau defavorizate. În mare,

acestea se suprapun cu mecanismele deja menționate mai sus. Cu toate acestea, având în vedere că nevoile (ale comunităților, ale organizațiilor de sănătate sau ale indivizilor pot varia de la un loc la altul) este necesar ca acestea să fie identificate printr-un proces de cercetare cât mai riguros condus. Acesta ar trebui să includă atât metode cantitative, cât și calitative, și să implice toți stakeholderii relevanți la nivel comunitar.

Mai jos sunt enumerate câteva din mecanismele care au fost demonstrate ca eficiente:

- Recunoașterea devotamentului și a realizărilor prin premii, bonusuri sau alte forme de recunoaștere;
- Oferirea de oportunități pentru avansare în carieră și dezvoltare a abilităților;
- Oferirea de programe de formare specializată și oportunitățile de a prelua roluri de conducere în cadrul unităților de sănătate din mediul rural;
- Oferirea de programe de lucru flexibile sau opțiuni de lucru de la distanță (telemedicină);
- Construirea unor legături strânse cu comunitățile locale și implicarea lucrătorilor din domeniul sănătății în procesele decizionale, pentru a crește sentimentul de apartenență și motivația acestora.
- Dezvoltarea de inițiative de implicare comunitară, parteneriatele cu organizațiile locale și oportunitățile pentru lucrătorii din domeniul sănătății de a participa la programele de sănătate comunitară și la activitățile de educație și sensibilizare pe diverse subiecte relevante pentru comunitate – de exemplu organizarea de caravane medicale, acțiuni de screening pentru principalele afecțiuni care afectează populația etc.

## Referințe și resurse suplimentare

Alam K, Khan JA, Walker DG. Impact of dropout of female volunteer community health workers: an exploration in Dhaka urban slums. BMC Health Serv Res. 2012;12(1):260–0.

Alam K, Oliveras E. Retention of female volunteer community health workers in Dhaka urban slums: a prospective cohort study. Hum Resour Health. 2014;12.

Aronsson G, Theorell T, Grape T, Hammarström A, Hogstedt C, Marteinsdottir I, et al. A systematic review including meta-analysis of work environment and burnout symptoms. BMC Public Health. 2017;17:1–13.

Bardad SA. Factors influencing retention of essential healthcare providers at facility level in Mandera county: a case study of Mandera county referral hospital, Kenya. 2017. http://publications.universalhealth2030.org/ref/d15a4c64e07f02c7d1eec3314e2f951e.

Barton GM. Recognition at work. Scottsdale: World at Work; 2002. p. 51–5.

Bormann KC, Rowold J. Construct proliferation in leadership style research: reviewing pro and contra arguments. Organ Psychol Rev. 2018;8:149–73.

Chilundo, B.G., et al., Relaunch of the official community health worker programme in Mozambique: is there a sustainable basis for iCCM policy? Health Policy Plan, 2015. 30 Suppl 2: p. ii54-ii64.

Closser S, et al. Does volunteer community health work empower women? Evidence from Ethiopia’s Women’s development Army. Health Policy Plan. 2019;34(4):298–306.

Crenshaw K. Mapping the margins: intersectionality, identity politics, and violence against women of color. Stanford Law Review. 1991;43(6):1241–99.

Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: a systematic review. Int J Nurs Stud. 2018;85:19–60.

David E, et al. Maternal near miss and maternal deaths in Mozambique: a cross-sectional, region-wide study of 635 consecutive cases assisted in health facilities of Maputo province. BMC Pregnancy and Childbirth. 2014;14(1):401.

Edwards LJ, et al. Implementation of a health management mentoring program: year-1 evaluation of its impact on health system strengthening in Zambézia Province, Mozambique. Int J Health Policy Manag. 2015;4(6):353–61.

Give CS, et al. Exploring competing experiences and expectations of the revitalized community health worker programme in Mozambique: an equity analysis. Hum Resour Health. 2015;13(1):1–9.

Google Scholar

Hankivsky O, Cormier R. Intersectionality: moving women's health research & policy forward; 2009.

Jackson R, Kilsby D, Hailemariam A. Gender exploitative and gender transformative aspects of employing health extension workers under Ethiopia's health extension program. Tropical Med Int Health. 2019;24(3):304–19.

Kane S, et al. Limits and opportunities to community health worker empowerment: a multi-country comparative study. Soc Sci Med. 2016;164:27–34.

Kanste O, Kyngäs H, Nikkilä J. The relationship between multidimensional leadership and burnout among nursing staff. J Nurs Manag. 2007;15:731–9.

Lindelöw, M., P. Ward, and N. Zorzi, Primary health care in Mozambique: service delivery in a complex hierarchy, in Africa Region Human Development Working Paper Series. 2004, The World Bank.

Maes K, et al. A Women's development Army: narratives of community health worker investment and empowerment in rural Ethiopia. Stud Comp Int Dev. 2015;50(4):455–78.

Maes K, Kalofonos I. Becoming and remaining community health workers: perspectives from Ethiopia and Mozambique. Soc Sci Med. 2013;86:52-9.

Mboane R, Bhatta MP. Influence of a husband's healthcare decision making role on a woman's intention to use contraceptives among Mozambican women. Reprod Health. 2015;12(1):36.

McCollum R, et al. How equitable are community health worker programmes and which programme features influence equity of community health worker services? A systematic review. BMC Public Health. 2016;16(1):419.

MISAU, ESTRATÉGIA DO PROGRAMA NACIONAL DOS AGENTES POLIVALENTES ELEMENTARES (APEs) (2018-2024), M.d.S.D.N.d.S. Pública, Editor. 2018, Ministry of Health, Mozambique: Unpublished.

MISAU, Guião Operacional para o Programa dos Agentes Polivalentes Elementares (APEs), M.d.S.D.N.d.S.P. Humanos, Editor. 2011, Ministry of Health Mozambique: Maputo.

MISAU, Programa de Revitalização dos Agentes Polivalentes Elementares. , M.d.S.D.N.d.S. Pública, Editor. 2010, Ministry of Health Mozambique: Maputo, Mozambique.

Mumtaz Z. Gender and social geography: impact on lady health workers mobility in Pakistan. BMC Health Serv Res. 2012;12:360–0.

Nading, A.M., Love isn't there in your stomach. 2013, AMERICAN ANTHROPOLOGICAL ASSOCIATION: United States p 84.

Ndima SD, et al. Supervision of community health workers in Mozambique: a qualitative study of factors influencing motivation and programme implementation. Hum Resour Health. 2015;13(1):1–10.

Nel PS, Gerber PD, Van Dyk PS, Haasbroek GD, Schultz HB, Sono T, Werner A. Human resources management. Cape Town: Oxford University Press; 2001.

Newman CJ, et al. Occupational segregation, gender essentialism and male primacy as major barriers to equity in HIV/AIDS caregiving: findings from Lesotho. Int J Equity Health. 2011;10:24–4.

Olang'o CO, Nyamongo IK, Aagaard-Hansen J. Staff attrition among community health workers in home-based care programmes for people living with HIV and AIDS in western Kenya. Health Policy. 2010;97.

Patton MQ, Qualitative evaluation and research methods (2nd ed.). Newbury Park. CA: Sage; 1990.

Percival V, et al. Are health systems interventions gender blind? Examining health system reconstruction in conflict affected states. Glob Health. 2018;14(1):90.

Rahman SM, et al. Factors affecting recruitment and retention of community health workers in a newborn care intervention in Bangladesh. Hum Resour Health. 2010;8:12.

Ritchie J, Spencer L. Qualitative data analysis for applied policy research in Analyzing qualitative data, A. Bryman and R.G. burgess, editors. 1994. Routledge: London.

Robbins SP, Judge TA. Organisational behavior. 15th ed. USA: Pearson; 2012.

Romano L. Beyond reward: why cash is no longer enough. Rewards. 2003;3(1):12–3.

Steege R, et al. How do gender relations affect the working lives of close to community health service providers? Empirical research, a review and conceptual framework. Soc Sci Med. 2018;209:1–13.

Steege, R., et al., 'The phone is my boss and my helper' – a gender analysis of an mHealth intervention with health extension workers in southern Ethiopia. Journal of Public Health, 2018. 40(suppl_2): p. ii16-ii31.

Swidler A, Watkins SC. 'Teach a man to fish': the doctrine of sustainability and its effects on three strata of Malawian society. World Dev. 2009;37(7):1182–96.

Tsai Y, Huang N, Chien L, Jen H, Chiang J, Chiou S, et al. Work hours and turnover intention among hospital physicians in T. BMC Health Serv Res. 2016;16:667. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1916-2.

UNDP. Human development report 2014: explanatory note on the 2014 human development report composite indices Mozambique. In: Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience. New York: United Nations Development Program; 2014.

UNDP. Human development report. In: Sustaining human progress: reducing vulnerabilities and building resilience. New York: United Nations Development Program; 2014.

UNESCO. UNCESCO Instiute for Statistics 2018; Available from: http://uis.unesco.org/en/country/mz.

van Knippenberg D, Sitkin SB. A critical assessment of charismatic—transformational leadership research: back to the drawing board? Acad Manag Ann. 2013;7:1–60.

Ved R, et al. How are gender inequalities facing India's one million ASHAs being addressed? Policy origins and adaptations for the world's largest all-female community health worker programme. Hum Resour Health. 2019;17(1):3.

WHO, Annexe 6: Mozambique, in Mid-level health workers for delivery of essential health services:aA global systematic review and country experiences, G.H.W. Alliance, Editor. 2013, World Health Organisation. p. 44.

Yaseen A. Effect of compensation factors on employee satisfaction—a study of doctor's dissatisfaction in Punjab. Int J Hum Res Stud. 2013;3(1):142–57. https://doi.org/10.5296/ijhrs.v3i1.3351.

# CAPITOLUL 2.
# Aspecte cheie ale resurselor umane din sănătate din România

## 2.1. Cadrul legislativ al resurselor umane din sănătate din România

Legea 95/2006 privind reforma în domeniul sănătății – legea fundamentală referitoare la organizarea și funcționarea sistemului de sănătate din România – conține relativ puține referiri explicite la politicile de sănătate dedicate resurselor umane din sănătate. În general, legea nu are prevederi concrete referitoare la mecanismele prin care sistemul de sănătate din România trebuie să se asigure că are o resursă umană suficientă numeric, echitabil distribuită și bine pregătită.

Doar câteva din aspectele tratate în această carte în capitolele anterioare se regăsesc în prevederile Legii 95/2006 – în special cele referitoare la date și indicatori referitori la resursele umane din sănătate.

Însă, aspectele care țin de atragerea (prin atractivitate), recrutarea, menținerea și motivarea personalului din domeniul sănătății sunt aproape absente din Lege.

Articolul 5 al Legii 95/2006 enumeră **funcțiile principale ale asistenței de sănătate publică**, acestea vizând:

„**a)** dezvoltarea politicilor, strategiilor și programelor vizând asigurarea sănătății publice;

**o)** integrarea priorităților de sănătate publică în politicile și strategiile naționale și în strategiile sectoriale de dezvoltare durabilă;

**g)** managementul sănătății publice bazat pe:

– managementul politicilor, planificării și dezvoltării sistemului de sănătate publică;
– formularea și implementarea politicilor de sănătate publică pe baze științifice;
– cercetarea în domeniul sănătății publice și al sistemelor de sănătate;
– colaborarea și cooperarea internațională în domeniul sănătății publice."

**Articolul 180 din legea menționată enumeră care sunt** atribuțiile managerului de spital în domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice:

**„a)** stabilește și aprobă numărul de personal, pe categorii și locuri de muncă, în funcție de normativul de personal în vigoare;

**b)** aprobă organizarea concursurilor pentru posturile vacante, numește și eliberează din funcție personalul spitalului;

**c)** aprobă programul de lucru, pe locuri de muncă și categorii de personal;

**d)** propune structura organizatorică, reorganizarea, schimbarea sediului și a denumirii unității, în vederea aprobării de către Ministerul Sănătății, ministerele și instituțiile cu rețea sanitară proprie sau, după caz, de către autoritățile administrației publice locale, în condițiile prevăzute la art. 172;

**e)** numește și revocă, în condițiile legii, membrii comitetului director.

Același articol menționează, la alineatul (3)faptul că „Concursul pentru ocuparea posturilor vacante se organizează la nivelul spitalului, iar repartizarea personalului pe locuri de muncă este de competența managerului."

Politicile de resurse umane ocup[ un loc central ]n activitatea managerului de spital. Acest lucru este reflectat de articolul 184 din Legea 95/2006, care statutează faptul că „Contractul de management și, respectiv, contractul de administrare încetează în următoarele situații: [...] **n)** nerespectarea măsurilor dispuse de ministrul sănătății în domeniul politicii de personal și al structurii organizatorice sau, după caz, a măsurilor dispuse

de ministrul/conducătorul instituției pentru spitalele din subordinea ministerelor și instituțiilor cu rețea sanitară proprie.”

Articolele 943 și 944 din Legea 95/2006 stabilesc **înființarea Registrului Național al Profesioniștilor din Sistemul de Sănătate**, o platformă electronică administrată de Ministerul Sănătății, având rolul de a furniza date necesare pentru managementul și politicile de resurse umane în sănătate.

Conform Legii 95/2006, registrul este coordonat de Ministerul Sănătății și Institutul Național de Sănătate Publică, respectând legislația privind protecția datelor personale.

Atribuțiile acestora includ gestionarea datelor înregistrate în Registrul Național, furnizarea informațiilor solicitate de instituții medicale sau autorități, și încheierea de protocoale pentru o gestionare eficientă a registrului, cu respectarea consimțământului scris al angajatorilor pentru profesioniștii din domeniile apărării, ordinii publice și securității naționale.

Legea definește și categoriile profesionale care sunt vizate, precum și organismele profesionale ale acestora:

**„a) profesioniști** - medici, farmaciști, medici stomatologi, psihologi, asistenți medicali, asistenți medicali generaliști, moașe, tehnicieni dentari, dieteticieni, fizioterapeuți, biochimiști medicali specialiști, biologi medicali specialiști, chimiști medicali specialiști și fizicieni medicali;

**b) organisme profesionale** - organismele profesionale ale profesiilor de medic, farmacist, medic stomatolog, psiholog, asistent medical, asistent medical generalist, moașă, tehnician dentar, dietetician, fizioterapeut, biochimiști medicali specialiști, biologi medicali specialiști, chimiști medicali specialiști și fizicieni medicali.”

### Asistența medicală comunitară

Asistența medicală comunitară reprezintă un set de programe și servicii de sănătate furnizate la nivel local pentru a asigura accesul la îngrijirea medicală, în special pentru grupurile vulnerabile.

Activitatea de asistență medicală comunitară este reglementată la nivel legislativ în principal prin două acte normative – **Ordonanța de Urgență nr.**

**18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară**, respectiv **Hotărârea de Guvern nr. 324 din 23 mai 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară**.

Conform celor două acte normative, scopul asistenței medicale comunitare este îmbunătățirea stării generale de sănătate a comunităților, indiferent de statutul socio-economic sau de locație.

Autoritățile locale sunt responsabile de furnizarea acestor servicii, cu o atenție deosebită acordată grupurilor vulnerabile.

Personalul medical comunitar lucrează îndeaproape cu diverse entități, inclusiv cabinetele medicilor de familie și organizațiile neguvernamentale, pentru a asigura un spectru complet de îngrijiri și servicii de sănătate.

Asistența medicală comunitară are următoarele obiective:

- identificarea problemelor medico-sociale ale comunității, în special ale grupurilor vulnerabile, prin colaborare cu serviciul public de asistență socială;
- facilitarea accesului la servicii de sănătate și sociale pentru întreaga populație, cu accent pe grupurile vulnerabile;
- promovarea unui stil de viață sănătos prin educație pentru sănătate în comunitate;
- implicarea în programe adaptate nevoilor comunității, în special a grupurilor vulnerabile;
- furnizarea de servicii de sănătate conform competențelor profesionale legale ale personalului din domeniu.

Asistența medicală comunitară vizează identificarea și evaluarea nevoilor de sănătate ale persoanelor și grupurilor vulnerabile, precum și furnizarea de servicii și programe destinate protejării sănătății și promovării unui stil de viață sănătos.

Acest domeniu implică participarea la programe colective, precum vaccinări și screening-uri populaționale, și semnalarea cazurilor suspecte de boli transmisibile.

De asemenea, asistența medicală comunitară se ocupă de monitorizarea persoanelor cu risc medical sau social, oferă consiliere și furnizează servicii de asistență medicală de urgență, colaborând cu alte instituții și organizații pentru a răspunde nevoilor comunității.

Activitățile sunt documentate conform standardelor etice și de confidențialitate.

Serviciile de asistență medicală comunitară sunt furnizate de asistenți medicali comunitari, moașe și mediatori sanitari, fiecare respectând competențele specifice.

În anumite zone, inclusiv Munții Apuseni și Rezervația Biosferei „Delta Dunării", activitățile medicale sunt efectuate și de medici, conform Ordonanței Guvernului nr. 27/1996.

Aceste categorii profesionale colaborează pentru a asigura îndeplinirea nevoilor de sănătate în comunități, inclusiv în zonele izolate sau cu dificultate în atragerea personalului medical.

Personalul din categoriile profesionale menționate în articolul 8 alineatul (2) din OUG 18/2017 lucrează în cadrul serviciului public de asistență socială, având statut de personal contractual, în unitățile administrativ-teritoriale sau subdiviziunile acestora.

Condițiile generale și specifice de ocupare a acestor posturi sunt reglementate de Legea nr. 53/2003 - Codul Muncii și de normele metodologice ale ordonanței de urgență.

Numărul de personal din serviciul public de asistență socială este stabilit conform prevederilor Cartei europene a autonomiei locale și nu este inclus în numărul maxim de posturi pentru fiecare unitate administrativ-teritorială, conform legii.

## Referințe și resurse suplimentare

LEGE nr. 95 din 14 aprilie 2006 privind reforma în domeniul sănătății https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/71139

ORDONANȚĂ DE URGENȚĂ nr. 18 din 27 februarie 2017 privind asistența medicală comunitară https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/186978

HOTĂRÂRE nr. 324 din 23 mai 2019 pentru aprobarea Normelor metodologice privind organizarea, funcționarea și finanțarea activității de asistență medicală comunitară https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/214842

Galan A., Olsavsky V., Vladescu C. Emergent challenge of health professional emigration: Romania's accession to the EU. In: Wismar M, Maier C, Glinos I, Dussault G, Figueras J, editors. Health professionals mobility and health systems: evidence from 17 European countries. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2011.

Vladescu C., Scintee G., Olsavsky V. Romania: health system review. Contract No.: 3. Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies; 2008.

Interview with Vasile Astărăstoae. The college of physicians in Romania – current concerns and results. Manag Health. 2010;14(3):1–3.

Florescu S., Mihaescu Pintia C., Galaon E., Constantinescu V. Perspective of Romanian healthcare consumers on patient co-payments. Manag Health. 2012;16(3):22–9.

## 2.2. Cadrul strategic al resurselor umane din sănătate din România

### Strategia Națională de Sănătate 2023-2030

**Strategia Națională de Sănătate 2023-2030** este documentul strategi care propune modalități de abordare a provocările critice din sectorul de sănătate din România. Strategia dedică un loc aparte îmbunătățirii managementului resurselor umane și creșterii transparenței și responsabilității în sistemul de sănătate.

*Identificarea Provocărilor*

În accepțiunea noii strategii, una din problemele majore cu care se confruntă sistemul de sănătate din România este distribuția inegală a profesioniștilor din sănătate, care se regăsesc în principal în centrele urbane mari și orașele universitare (București, Cluj-Napoca, Iași, Timișoara, Craiova, Târgu Mureș).

Această situație duce la lipsuri în serviciile de sănătate, în special în domenii precum sănătatea publică, medicina de familie și alte specialități clinice, care nu răspund nevoilor populației.

În plus, strategia subliniază gestionarea rigidă și depășită a resurselor umane în spitalele publice și lipsa unei abordări fiabile și bazate pe date pentru planificarea resurselor umane, ceea ce afectează negativ sănătatea populației.

*Obiective și Rezultate Așteptate până în 2030*

În privința resurselor umane din sănătate, strategia are ca obiectiv dezvoltarea și implementarea unei noi politici pentru gestionarea resurselor umane în sănătate. Această politică va fi concepută pentru a satisface nevoile actuale și viitoare, aliniindu-se cu obiectivele mai largi ale României și tendințele internaționale.

Obiectivele principale includ crearea unui cadru funcțional pentru elaborarea politicilor pe termen lung privind resursele umane, adaptate la nevoile anticipate de asistență medicală, îmbunătățirea formării și dezvoltării profesionale pentru lucrătorii din sănătate la toate nivelurile, și introducerea unor reglementări mai flexibile pentru organizarea, angajarea și remunerarea personalului din instituțiile publice de sănătate.

*Acțiuni Planificate*

Strategia conturează mai multe acțiuni specifice:

– Crearea unui registru electronic pentru profesioniștii din sănătate pentru a gestiona mai bine informațiile despre resursele umane;
– Planificarea pentru nevoile viitoare de resurse umane în sănătate;
– Îmbunătățirea calității managementului în cadrul sistemului de sănătate;
– Îmbunătățirea formării profesionale și a competențelor personalului medical pentru a se alinia cu avansurile tehnologice naționale și internaționale;
– Dezvoltarea competențelor și capacităților personalului din cadrul Ministerului Sănătății, Casei Naționale de Asigurări de Sănătate și altor autorități relevante;
– Îmbunătățirea recrutării, evaluării și condițiilor de muncă în unitățile de sănătate publică.

**Strategia multianuală pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2022-2030**

Strategia are la bază următoarele principii:

– „Dreptul fundamental al cetățenilor cu privire la accesul la serviciile de sănătate la standarde ridicate;
– Accesul populației la personal medical de încredere și competent;
– Planificarea resurselor umane în sănătate trebuie să țină cont de nevoile și cererile înregistrate la nivelul sistemului de sănătate, pornind de la comunități;
– Distribuția echitabilă a resurselor umane în concordanță cu nevoile teritoriale;

- Management eficient în vederea optimizării potențialului forței de muncă de a oferi servicii medicale de calitate;
- Finanțarea corespunzătoare în vederea asigurării unei implementări de succes a Strategia Multianuală pentru Dezvoltarea Resurselor Umane în Sănătate 2022-2030 și angajamentul părților interesate de acest aspect;
- Motivarea personalului medical din punct de vedere financiar, profesional, social și educațional;
- Promovarea colaborărilor internaționale în conformitate cu prioritățile naționale de dezvoltare a resurselor umane în sănătate."

De asemenea, Strategia este construită în jurul a patru arii strategice:

- **Generarea resurselor umane în sănătate;**
- **Gestionarea resurselor umane în sănătate;**
- **Gestionarea motivării resurselor umane în sănătate;**
- **Guvernanța resurselor umane în sănătate.**

**Ordinul 661/2023 privind aprobarea Planurilor de acțiune sectoriale pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2023-2030**

Ordinul este construi în jurul a câteva obiective strategice orizontale și obiective specifice sectoriale.

*Obiectivul strategic orizontal 1* se concentrează pe îmbunătățirea colectării, analizei și raportării datelor pentru a asigura planificarea, monitorizarea, retenția și evaluarea forței de muncă în domeniul sănătății.

Aceasta include implementarea unui exercițiu de cartografiere analitică a datelor, elaborarea unui cadru de colectare a datelor și a unor protocoale de schimb de date, implementarea Registrului Național al Profesioniștilor din Sistemul de Sănătate și programe de formare pentru cei implicați în acest registru.

*Obiectivul strategic orizontal 2* vizează îmbunătățirea capacității și a structurilor de planificare și guvernanță a resurselor umane pentru sănătate, implicând consolidarea capacității Ministerului Sănătății, creșterea atractivității specialităților deficitare, promovarea colaborării regionale și

internaționale, și consolidarea capacității analitice în domeniul resurselor umane pentru sănătate.

Obiectivul strategic orizontal 3 se axează pe îmbunătățirea cadrului pentru educația și formarea profesională inițială și continuă în domeniul sănătății, prin colaborare cu instituțiile de învățământ superior și postliceal, consolidarea rolului personalului medical și îmbunătățirea programelor de educație medicală continuă.

Obiectivul strategic orizontal 4 se concentrează pe îmbunătățirea gestionării resurselor umane în domeniul sănătății, inclusiv creșterea capacității de management al serviciilor de sănătate și a dezvoltării profesionale în domeniul managementului serviciilor de sănătate.

**Asistență medical primară**

Sub obiectivul specific sectorial 1, se urmărește stabilirea unor politici de stimulare și acordarea de beneficii pentru personalul medical activ în aceste zone, precum și în specialitățile care se confruntă cu deficit de personal.

Ajustarea și diversificarea serviciilor medicale primare și comunitare, alături de consolidarea eforturilor de recrutare și retenție a echipei de asistență medicală primară, constituie acțiuni cheie în atingerea acestui obiectiv.

De asemenea, se propune **extinderea rezidențiatului pe post pentru medicii de familie** și **îmbunătățirea condițiilor de lucru**, inclusiv modernizarea unităților sanitare și dotarea acestora cu echipamente moderne, atât în mediul urban, cât și în cel rural.

Consolidarea și promovarea rolului autorităților publice locale în organizarea serviciilor de sănătate la nivel local reprezintă o altă componentă esențială a planului.

Sub obiectivul specific sectorial 2, accentul se pune pe **alinierea educației medicale la standardele europene** prin adoptarea unui model de formare bazat pe competențe și îmbunătățirea cadrului pentru educația medicală continuă și formarea postuniversitară adecvată a personalului medical.

În acest context, **dezvoltarea și profesionalizarea resurselor umane din domeniul asistenței medicale primare** sunt prioritare și urmăresc să asigure un sistem de sănătate mai solid și mai sustenabil, adaptat nevoilor în schimbare ale populației.

**Sănătate publică**

Sub obiectivul specific sectorial 1, se vizează **elaborarea și implementarea unor politici și stimulente pentru a menține și atrage personalul angajat în domeniul sănătății publice**.

Prin aceste politici se urmărește consolidarea angajamentului personalului și oferirea de condiții atrăgătoare pentru practicarea profesiei în domeniile de sănătate publică la nivel județean și național.

În cadrul obiectivului specific sectorial 2, se propune **alinierea educației din domeniul sănătății publice la standardele europene, prin implementarea unor programe de formare bazate pe competențe și actualizarea rolurilor în conformitate cu noile nevoi și descoperiri în domeniu**.

Aceasta implică îmbunătățirea continuă a cadrului de educație medicală și postuniversitară pentru personalul activ în sectorul sănătății publice, cu scopul de a asigura o forță de muncă profesionistă și bine pregătită.

**Asistență medicală spitalicească**

Sub obiectivul specific sectorial 1, se propune elaborarea și aplicarea unor politici și pachete de stimulente pentru a încuraja practicarea în acele zone insuficient deservite și în specialitățile care se confruntă cu deficit de personal medical.

Acest lucru implică **o colaborare strânsă între Ministerul Sănătății și autoritățile locale** pentru a asigura o dotare corespunzătoare cu personal medical în spitale.

Acțiunile planificate vizează, de asemenea, îmbunătățirea condițiilor de muncă și modernizarea infrastructurii, atât în mediul urban, cât și în cel rural.

Aceste măsuri includ asigurarea siguranței locului de muncă, îmbunătățirea statutului personalului medical, optimizarea programului de lucru și dotarea unităților sanitare cu echipamente moderne.

În plus, se propune consolidarea procesului de recrutare a personalului spitalicesc, adaptarea mixului de servicii la nevoile actuale și revizuirea procedurilor de recrutare, în paralel cu compensarea adecvată a managerilor de spital.

Totodată, este importantă **sprijinirea și dezvoltarea rezidențiatului pe post, pentru a asigura un flux constant** de profesioniști bine pregătiți în acest domeniu complex al asistenței medicale.

Obiectivul specific sectorial 2 are ca scop **revizuirea și optimizarea traseelor actuale pentru pacienți și spitale**, cu accent pe **clarificarea responsabilităților clinice și coordonarea adecvată a acestora**.

Aceasta presupune o analiză atentă a modului în care pacienții sunt direcționați în sistemul medical, asigurându-se că fiecare etapă a tratamentului lor este bine definită și că comunicarea între diferitele departamente și profesioniști medicali este fluidă și eficientă.

În paralel, obiectivul specific sectorial 3 se concentrează pe alinierea educației personalului medical din spitale la standardele europene, cu accent pe formarea bazată pe competențe și îmbunătățirea cadrului pentru educația medicală continuă și formarea postuniversitară adecvată.

Această acțiune este esențială pentru a asigura că personalul medical este bine pregătit să ofere servicii de calitate într-un mediu medical în continuă schimbare și complexitate.

**Asistență medicală ambulatorie**

Obiectivul specific sectorial 1 se concentrează pe stabilirea unui cadru eficient pentru furnizarea de servicii de asistență medicală ambulatorie. Pentru atingerea acestui obiectiv, sunt propuse mai multe acțiuni:

- Acțiunea 1 vizează **dezvoltarea de sinergii între centrele integrate de asistență medicală primară și comunitară**, cu scopul de a facilita accesul pacienților la serviciile de asistență medicală ambulatorie și de a reduce volumul de muncă al spitalelor.

- Acțiunea 2 constă în **revizuirea traseelor urmate de pacienți în sistemul de asistență medicală ambulatorie** și în oferirea de sprijin personalului medical pentru a asigura o asistență eficientă pentru aceștia.
- Acțiunea 3 se axează pe **recrutarea și retenția unei forțe de muncă diverse și calificate**, capabilă să răspundă nevoilor variate ale pacienților și să îmbunătățească calitatea serviciilor de îngrijire ambulatorie.
- Acțiunea 4 constă în **îmbunătățirea managementului resurselor umane și a educației continue pentru personalul medical din domeniul asistenței medicale ambulatorii**, asigurându-se astfel că aceștia sunt bine pregătiți și susținuți în furnizarea de servicii de calitate.

**Asistență medicală comunitară**

Obiectivul specific sectorial 1 vizează **îmbunătățirea recrutării și reținerii personalului medical în zonele care sunt insuficient deservite sau defavorizate**. Acest lucru se va realiza prin elaborarea și implementarea de politici, acțiuni și stimulente pentru asistenții medicali din serviciile de asistență comunitară, astfel încât cererea și oferta de lucrători să fie corelate.

Pentru atingerea acestui obiectiv, sunt planificate următoarele acțiuni:

- Acțiunea 1 constă în acordarea de stimulente pentru asistenții medicali comunitari care își desfășoară activitatea în zonele insuficient deservite;
- Acțiunea 2 implică ajustarea mixului de servicii și a modelului de furnizare a serviciilor de îngrijire comunitară, precum și consolidarea recrutării și menținerii în funcție a asistenților medicali comunitari;
- Acțiunea 3 se concentrează pe stabilirea priorităților politicilor în domeniile de activitate ale asistenților medicali comunitari;
- Acțiunea 4 presupune colaborarea cu instituțiile de învățământ superior pentru a îmbunătăți procesul de formare a asistenților medicali comunitari și pentru a îmbunătăți competențele acestora.

Obiectivul specific sectorial 2 se referă la **alinierea educației în asistența medicală comunitară la cerințele europene prin formare bazată pe competențe și îmbunătățirea cadrului pentru formarea continuă și postuniversitară adecvată a personalului medical**. Pentru atingerea acestui obiectiv, este planificată acțiunea de dezvoltare și profesionalizare a resurselor umane în domeniul asistenței medicale comunitare.

## Referințe și resurse suplimentare


STRATEGIA NAȚIONALĂ din 20 octombrie 2023 de sănătate pentru perioada 2023 - 2030 „Pentru sănătate, împreună” https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/275686

STRATEGIA MULTIANUALĂ PENTRU DEZVOLTAREA RESURSELOR UMANE ÎN SĂNĂTATE 2022-2030 https://sgg.gov.ro/1/wp-content/uploads/2022/06/ANEXA-40.pdf

ORDIN nr. 661 din 6 martie 2023 privind aprobarea Planurilor de acțiune sectoriale pentru dezvoltarea resurselor umane în sănătate 2023-2030 https://legislatie.just.ro/Public/DetaliiDocument/265529

Ungureanu MI, Paina L, Olsavszky V. Health workforce management in Romania. The Lancet. 2015 Nov 28;386(10009):2139-40.

Vladescu C, Astarastoae V, Scîntee SG. A health system focused on citizen's needs. Romania. Hospital services, primary health care and human resources. Solutions (III). Revista Romana de Bioetica. 2010 Oct 1;8(4).

Vlădescu C, Scîntee SG, Olsavszky V, Hernández-Quevedo C, Sagan A. Romania: health system review. Health systems in transition. 2016(18/4).

# CAPITOLUL 3.
# Studii de caz privind resurselor umane din sănătate din România

## 3.1. STUDIU DE CAZ: Asistență medicală comunitară

Comuna Viteji, situată în Munții Apuseni, este o comunitate compusă din 4 sate dispersate pe o suprafață de 150 $km^2$.

Cu o populație totală de 987 de locuitori, comunitatea este diversă din punct de vedere etnic și socio-economic. Din cei 143 de copii sub vârsta de 18 ani, mulți provin din familii cu venituri reduse, iar accesul la îngrijiri medicale este adesea limitat de distanța până la cel mai apropiat cabinet al medicului de familie, situat în centrul comunei.

Dr. Elena Mitrovici-Roman, medicul de familie al comunei, nu este prezentă în fiecare zi a săptămânii în comunitate, ci doar în două zile pe săptămână.

Dr. Mitrovici-Roman, în vârstă de 63 de ani, lucrează singură, având în vedere că asistenta medicală și-a înaintat demisia în urmă cu trei luni de zile (fiind a treia asistentă medicală în decurs de doi ani).

Comunitatea roma, formată din 347 de membri, se confruntă cu dificultăți suplimentare, incluzând stigmatizare și discriminare în accesarea serviciilor din sistemul de sănătate, precum și condiții de viață precare care pot contribuie la sănătatea precară a membrilor săi.

Lipsa unei infrastructuri medicale adecvate este unul dintre cele mai mari obstacole în calea accesului la servicii de sănătate de calitate.

Deși comuna are acces la resurse naturale numeroase, locuitorii săi se confruntă cu dificultăți în a accesa serviciile de sănătate de care au nevoie, în apropierea lor.

Absența unui medic de familie permanent în sat îi determină pe mulți săteni să călătorească kilometri întregi pentru a ajunge la consultații medicale în zilele când Dr. Mitrovici-Roman nu este în localitate, creând dificultăți suplimentare pentru familiile cu resurse financiare limitate.

În prezent, asistența medicală comunitară este unul dintre pilonii principali ai sistemului de sănătate din sat.

Cu toate acestea, chiar și această resursă valoroasă se confruntă cu provocări.

Angajarea unei asistente comunitare acum doi ani a fost un pas înainte, dar resursele insuficiente și volumul mare de cazuri pun presiune pe capacitatea ei de a oferi îngrijiri de calitate.

Doamna Mirela Pereu-Loman, asistenta medicală comunitară, provine dintr-un spital pediatric dintr-un oraș mare. În urmă cu doi ani, și-a dat demisia din spital și a decis să se întoarcă în comuna Viteji, locul în care s-a născut, pentru a concurs pentru poziția de asistent medical comunitar scoasă la concurs.

Relația dintre Mirela și medicul de familie, Dr. Mitrovici-Roman, a fost de bună colaborare la început. Mirela, cu experiența sa de lucru într-un serviciu de pediatrie și cunoștințele sale despre nevoile specifice ale locuitorilor, a lucrat în strânsă colaborare cu medicul de familie pentru a oferi îngrijiri eficiente locuitorilor comunei.

Pe parcurs, însă, relația s-a deteriorat progresiv, generând tensiuni care au influențat negativ furnizarea de servicii de sănătate în comună.

Cauza acestor tensiuni a fost reprezentată de neclaritățile cu privire la responsabilitățile fiecăreia și la modul în care acestea ar trebui să lucreze împreună pentru a asigura o îngrijire continuă și integrată sătenilor. Disputa

asupra deciziilor de tratament și distribuirea resurselor limitate au amplificat tensiunile dintre cele două cadre medicale.

Inițial, Primăria comunei Viteji a fost extrem de implicată în asigurarea serviciilor de sănătate pentru populația sa, precum și integrarea într-o măsură cât mai mare cu cele sociale și educaționale, mai ales pentru copii.

Treptat, însă, în principal din cauza lipsei resurselor, rolul Primăriei a devenit tot mai restrâns. Mai mult decât atât, Primăria nu s-a implicat activ în sprijinirea colaborării dintre Mirela și Dr. Mitrovici-Roman și rezolvarea disputelor, ceea ce a contribuit la escaladarea tensiunilor.

Momentan, în absența unei comunicări și cooperări eficiente între asistenta comunitară, medicul de familie și autoritățile locale, comuna Viteji se confruntă cu riscul de sub-utilizare a resurselor disponibile și de furnizare incoerentă a serviciilor de sănătate.

La finalul unei săptămâni încărcate de lucru, Mirela este în biroul său pus la dispoziție de Primărie, reflectând la săptămâna care tocmai s-a încheiat, dar și la situația de ansamblu în care se află și în care își desfășoară activitatea. Nu regretă deloc faptul că a abandonat un post într-un spital mare și s-a întors în comunitatea în care a crescut, dar, în același timp, este conștientă că unele lucruri trebuie să se schimbe, pentru a-și putea face cât mai bine treaba în slujba comunității.

## ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE ȘI ANALIZĂ

1. Cum poate fi îmbunătățit accesul la servicii de sănătate în comuna Viteji, având în vedere constrângerile menționate? Care este rolul pe care fiecare din actorii menționați (asistent medical comunitar, medic de familie, Primărie) îl are, individual și împreună?
2. Care sunt soluțiile optime pentru consolidarea colaborării dintre Mirela, Dr. Mitrovici-Roman și Primărie, în beneficiul comunității?
3. Ce măsuri pot fi luate pentru a îmbunătăți accesul la servicii medicale pentru comunitatea roma și alte grupuri marginalizate?

4. Cum poate încuraja și sprijini Ministerul Sănătății dezvoltarea resurselor umane din domeniul sănătății din comuna Viteji? Ce mecanisme poate implementa pentru atragerea, menținerea și motivarea personalului din comuna Viteji? Ce alte categorii profesionale ar trebui să mai existe în comună, și cu ce rol?
5. Cum poate România să învețe din bunele practici internaționale în furnizarea serviciilor de sănătate în comunitățile rurale din zone montane?

## 3.2. STUDIU DE CAZ: Asistență medicală primară

*Introducere*

Dr. Maria Beran-Pitrop este medic de familie, practicând medicina de familie de 40 de ani într-un mic oraș situat la 30 de kilometri distanță de un mare oraș universitar din România.

În rolul său , Dr. Beran-Pitrop joacă un rol crucial în furnizarea serviciilor de sănătate esențiale comunității sale. Cu toate acestea, ca mulți medici de familie din România, Dr. Popescu se confruntă cu numeroase provocări în activitatea de zi cu zi.

În vârstă de 68 de ani, Dr. Beran-Pitrop a decis să continue să practice medicina de familie, deși a depășit deja vârsta de pensionare. Motivul principal îl constituie faptul că, deși autoritățile locale au făcut eforturi de a atrage un alt medic de familie care să o înlocuiască, nimeni nu s-a arătat interesat de a profesa în locul ei.

*Context general*

Conform studiilor efectuate de Colegiul Medicilor din România și raportului Avocatului Poporului din 2021, populația de medici de familie din România se află într-un procent accentuat de îmbătrânire.

Această tendință demografică reprezintă o provocare semnificativă, deoarece medicii experimentați se pensionează, ducând la o lipsă de furnizori de îngrijire primară, în special în zonele rurale și izolate.

Conform ultimelor statistici, aproximativ 40% dintre medicii de familie din România au vârsta de peste 55 de ani, ceea ce sugerează o proporție semnificativă de profesioniști apropiindu-se de vârsta de pensionare, unii dintre ei, precum Dr. Beran-Pitrop, fiind deja după vârsta de pensionare.

Această situație creează o presiune considerabilă asupra sistemului de asistență medicală primară, în special în zonele rurale și urbane mici, unde este deja o lipsă acută de medici.

O altă provocare cu care se confruntă medicii de familie precum Dr. Beran-Pitrop este discrepanța între sfera lor profesională de practică și sfera lor legală de practică. În timp ce medicii de familie sunt pregătiți să ofere o gamă largă de servicii medicale, reglementările birocratice limitează adesea sfera serviciilor pe care le pot oferi oficial. Această discrepanță duce la depersonalizare, scade statutul social al medicilor de familie și reduce încrederea în rândul populației generale.

Eforturile guvernamentale de a aborda lipsa de medici de familie s-au concentrat în primul rând pe creșterea locurilor de pregătire în rezidențiat și îmbunătățirea finanțării serviciilor de asistență medicală primară. Cu toate acestea, aceste intervenții nu reușesc să abordeze în întregime dinamica pieței muncii și nu abordează în mod eficient problemele subiacente care contribuie la lipsa de medici de familie. Concret, măsurile luate până în momentul de față nu acoperă corespunzător atragerea, menținerea și personalului medical din medicina de familie – atât medici, cât și asistenți medicali.

## ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE ȘI ANALIZĂ

(1) Pentru a aborda provocările cu care se confruntă medicii de familie și pentru a îmbunătăți atractivitatea Medicinii de Familie ca specializare, factorii de decizie trebuie să adopte o abordare cuprinzătoare. Aceasta include:

- înțelegerea factorilor care influențează atractivitatea Medicinii de Familie printre absolvenții Facultăților de Medicină;
- îmbunătățirea calității pregătirii în Medicina de Familie pe parcursul studiilor medicale și a programelor de rezidențiat, inclusiv expunerea la practica rurală;
- colaborarea cu autoritățile locale și casele de asigurări de sănătate pentru a asigura sprijin și resurse adecvate pentru furnizorii de îngrijire primară;

- oferirea de stimulente financiare și non-financiare pentru a încuraja profesioniștii din domeniul medical să aleagă Medicina de Familie și să practice în zonele defavorizate;
- implementarea inovațiilor în mixul de competențe, cum ar fi partajarea și schimbarea sarcinilor, pentru a optimiza eficiența echipelor de îngrijire primară;
- investiții în infrastructură pentru a sprijini livrarea de îngrijire primară, inclusiv clinici și echipamente medicale.

Cum ar arăta un pachet de măsuri care să adreseze problemele cu care se confruntă orașul în care practică Dr. Beran-Pitrop Medicina de Familie?

(2) Cum afectează constrângerile de reglementare sfera de practică a medicilor de familie din România și care sunt consecințele acestei nealinieri între pregătirea profesională și limitările legale?

(3) Care sunt factorii care contribuie la îmbătrânirea populației de medici de familie din România și cum afectează această tendință demografică accesul la serviciile de îngrijire primară, în special în zonele rurale și izolate? Ce se poate face în termeni de politici de sănătate pentru a gestiona corespunzător acest fenomen?

(4) Care sunt limitele intervențiilor guvernamentale actuale destinate creșterii numărului și distribuției geografice a medicilor de familie și care sunt motivele pentru care aceste eforturi nu reușesc să abordeze cauzele profunde ale lipsei de furnizori de îngrijire primară?

(5) Cum ar putea îmbunătăți factorii de decizie atractivitatea Medicinii de Familie ca specializare printre absolvenții Facultăților de Medicină și ce strategii ar putea fi implementate pentru a motiva medicii să practice în zonele defavorizate?

(6) În ce moduri pot inovațiile în mixul de competențe, cum ar fi partajarea sarcinilor și schimbarea sarcinilor, să îmbunătățească eficiența și eficacitatea echipelor de îngrijire primară și cum ar putea fi implementate aceste strategii în sistemul de sănătate din România?

(7) Ce rol au autoritățile locale și direcțiile județene de sănătate publică în sprijinirea medicilor de familie și cum poate fi întărită colaborarea cu acești factori de decizie pentru a asigura resurse și sprijin adecvat pentru furnizorii de îngrijire primară?

(8) Care sunt provocările potențiale asociate cu îmbunătățirea infrastructurii pentru asistența medicală primară în România și cum ar putea factorii de decizie să depășească aceste obstacole pentru a asigura accesul la servicii de sănătate de calitate pentru toți cetățenii?

## 3.3. STUDIU DE CAZ: Managementul serviciilor de sănătate la nivel local

Reforma spitalelor din perioada 2009-2010 a pus o responsabilitate sporită asupra autorităților locale (Consiliile Județene, Consiliile Locale) în gestionarea furnizării de servicii de sănătate la nivel comunitar.

Însă reforma nu a fost însoțită de pregătire și sprijin adecvat pentru a ajuta autoritățile locale să fie eficiente în gestionarea serviciilor de sănătate în beneficiul populației lor.

Anastasia Haiduc este managerul unui spital cu 250 de paturi dintr-un oraș cu 75.000 de locuitori.

Spitalul se află în subordinea Consiliului Local, care a investit semnificativ în infrastructura acestuia, așa încât serviciile oferite să fie la cel mai înalt nivel de calitate și siguranță pentru pacienți.

Cu toate acestea, însă, spitalul nu este atractiv pentru personalul medical, momentan confruntându-se cu cel mai mare procent de posturi vacante din ultimii 5 ani.

Recent, doamna Haiduc a participat la un workshop de trei zile organizat de Asociația Europeană de Management Sanitar (European Health Management Association) pe tema gestionării eficiente a spitalelor comunitare pentru a răspunde corespunzător provocărilor societale curente.

Fiind în biroul său și gândindu-se la strategii de a atrage și menține personal medical pentru spitalul pe care îl conduce, doamna Haiduc își revede notițele pe care și le-a luat pe durata workshop-ului:

- serviciile oferite de spital trebuie să fie proiectate pe baza unei evaluări cuprinzătoare a nevoilor comunității (evaluarea nevoilor de sănătate la nivelul comunității – community health needs assessment – este un efort stabilit și există diverse instrumente și chestionare pentru a o realiza)

- membrii comunității trebuie să fie implicați activ în proiectarea pachetelor de servicii (ca o condiție prealabilă pentru ca acest lucru să se întâmple, membrii comunității trebuie să se simtă împuterniciți, trebuie să se asigure că vocea lor este ascultată și luată în considerare; ei trebuie să aibă niveluri adecvate de alfabetizare în sănătate pentru a înțelege modul în care funcționează sistemul de sănătate, serviciile la care au dreptul și cui pot apela atunci când au o nevoie de sănătate sau întâmpină o problemă legată de sănătate);
- serviciile trebuie să fie monitorizate și evaluate permanent pentru orientarea către persoană, receptivitate și calitate; monitorizarea și evaluarea constantă asigură, de asemenea, că se fac ajustări pentru a reflecta natura schimbătoare a nevoilor de sănătate ale comunității.

Pe măsură ce își parcurge notițele și meditează la aceste aspecte, doamna Haiduc devine tot mai descurajată de provocările care îi stau în față. Este tot mai conștientă că este necesară o pregătire comprehensivă în management la nivelul tuturor furnizorilor de servicii de sănătate din sistem pentru a echipa personalul responsabil de furnizarea diverselor servicii de sănătate – inclusiv asistență medicală comunitară, asistență medicală primară furnizată de cabinetele medicilor de familie, serviciile ambulatorii, și serviciile spitalicești.

În plus, doamna Haiduc devine tot mai conștientă că autoritățile locale servesc ca unități cheie responsabile pentru supravegherea furnizorilor de servicii de sănătate din subordinea lor, asigurând respectarea standardelor reglementare și a calității îngrijirii, dar că ar trebui să sprijine și eforturile spitalului de a atrage personal nou în comunitate.

## ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE ȘI ANALIZĂ

(1) Care sunt opțiunile doamnei Haiduc în acest moment, în efortul dumneaei de a atrage personal medical nou în spital?

(2) Cum poate doamna Haiduc să catalizeze un efort colaborativ în rândul tuturor entităților menționate în textul de mai sus în vedere gestionării și îmbunătățirii furnizării serviciilor de sănătate oferite de către spitalul pe care îl conduce?

(3) Ce opțiuni are la îndemână doamna Haiduc pentru a încerca atragerea din străinătate a personalului medical din România care a plecat să profeseze acolo? Cu sine ar trebui să colaboreze în acest sens? Ce informații ar trebui să dețină înainte de a face un prim pas în aceste eforturi?

(4) Cum ar putea doamna Haiduc să beneficieze de experiența unor spitale similare ca dimensiune și provocări (din țară sau din străinătate) în gestionarea unor probleme similare legate de resursele umane?

(5) Ce i-ați sugera doamnei Haiduc să facă pentru a beneficia și mai mult de expertiza disponibilă în cadrul Asociației Europene de Management Sanitar?

## 3.4. STUDIU DE CAZ: Managementul serviciilor de sănătate la nivel central

În cadrul conferinței anuale pe tema managementului serviciilor de sănătate din România, sesiunea plenară de deschidere a conferinței a avut următorii invitați:

- Ana Miron-Topaz (economist) – Ministrul Sănătății
- Traian Pelin – Directorul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate (CNAS)
- Ioana Cerchez – Directorul Autorității Naționale pentru Managementul Calității în Sănătate (ANMCS)
- Andrei-Lucian Chiron – Ministrul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației
- Maria Lucescu – Ministrul Investițiilor și Proiectelor Europene

În alocuțiunile lor introductive, aceștia au subliniat următoarele provocări legate de managementul serviciilor de sănătate din România:

- Ministrul Sănătății a menționate provocările legate de îmbunătățirea furnizării serviciilor de sănătate în întreaga Românie cu o resursă umană motivată și calificată. În ciuda eforturilor ministerului său, pare să existe o lacună în recunoașterea și utilizarea potențialului altor instituții relevante din sectorul sănătății și alte sectoare adiacente;
- Directorul Casei Naționale de Asigurări de Sănătate a atras atenția asupra discrepanțelor în alocarea resurselor și eficiența serviciilor de sănătate. El consideră că o colaborare mai strânsă între CNAS și alte organizații guvernamentale ar putea îmbunătăți eficacitatea managementului și furnizării serviciilor de sănătate;
- Directorul Autorității Naționale pentru Managementul Calității în Sănătate se străduiește, prin instituția pe care o conduce, să mențină standarde ridicate ale calității serviciilor de sănătate. Cu toate acestea, ea simte că fără sprijinul și recunoașterea altor instituții

cheie, eforturile sale sunt limitate în realizarea îmbunătățirilor extinse în calitatea asistenței medicale în întreaga țară.

În același timp, Ministrul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației, și Ministrul Investițiilor și Proiectelor Europene nu par a fi pe deplin conștienți de rolul semnificativ pe care l-ar putea juca în avansarea sănătății în România. Ambele ministere supraveghează aspecte cruciale ale dezvoltării infrastructurii și alocării fondurilor, care sunt esențiale pentru îmbunătățirea serviciilor de sănătate.

A doua zi după conferință, realizând necesitatea unei abordări comprehensive în îmbunătățirea sănătății populației din România, doamna Ana Miron-Topaz, Ministrul Sănătății, decide să convoace o întâlnire cu ceilalți patru oficiali.

În timpul întâlnirii, ei discută despre sinergiile potențiale între instituțiile lor e și cum pot colabora pentru a aborda lacunele existente în furnizarea serviciilor de sănătate. Ei explorează idei precum integrarea proiectelor de infrastructură medicală în inițiativele mai ample de dezvoltare conduse de Ministerul Dezvoltării, Lucrărilor Publice și Administrației și valorificarea fondurilor europene pentru proiecte de îmbunătățire a sănătății sub conducerea Ministerului Investițiilor și Proiectelor Europene.

Acum, după finalizarea întâlnirii, doamna Miron-Topaz este în biroul său, încercând să gândească următorii pași pentru a putea atinge obiective pe care și le-a propus pentru sistemul de sănătate.

Pe măsură ce se gândește, devine tot mai conștientă că are nevoie să consolideze capacitatea de management al serviciilor de sănătate în interiorul Ministerului pe care în conduce, precum și în celelalte instituții centrale cu atribuții de conducere în sănătate.

La o documentare mai atentă privind practicile internaționale în domeniu, ea devine conștientă de faptul că persoanele cu responsabilități în managementul serviciilor de sănătate la nivel central necesită o gamă diversă de abilități, așa cum sunt conturate în diverse cadre de competențe.

De exemplu, modelul global de competențe în leadership în domeniul sănătății al Federației Internaționale a Spitalelor (International Hospital federation – IHF) pentru anul 2023 pune accentul pe valori, auto-dezvoltare, execuție, relații, management al contextului și transformare.

Acest cadru conturează sub-domenii în cadrul fiecărei competențe și oferă, de asemenea, un instrument pentru urmărirea progresului în dobândirea de competențe specifice, facilitând individuale în dezvoltarea unui set specific de abilități.

Similar, cadrul de competențe în managementul serviciilor de sănătate dezvoltat de Colegiul Australasian de Management al Serviciilor de Sănătate delimitează șase competențe, inclusiv abilități de leadership și comportament etic, impact și influență, cunoștințe despre sistemele de sănătate, conștientizare de sine și încredere în sine, profesionalism și leadership în schimbare. În plus, identifică șapte competențe de acțiune, cum ar fi comunicarea, managementul relațiilor, alfabetizarea în afaceri, managementul proiectelor, managementul riscurilor, guvernarea clinică și managementul digital.

## ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE ȘI ANALIZĂ

(1) Care sunt primii pași pe care i-ați recomanda doamnei Ministru să îi întreprindă?

(2) Care din competențele menționate sunt mai relevante a fi dezvoltate într-o primă fază la nivel de sistem?

(3) Cum ar putea doamna Ministru să convingă colegii din Guvern de necesitatea investițiilor în dezvoltarea capitalului uman din managementul serviciilor de sănătate la nivel central?

(4) Cum ar putea beneficia doamna Ministru și Ministerul pe care îl conduce de expertiza internațională în domeniu? Cu ce structuri i-ați recomanda să colaboreze, și înspre îndeplinirea căror obiective?

## 3.5. STUDIU DE CAZ Sănătate publică (promovarea sănătății și prevenirea îmbolnăvirilor)

Conferința județeană anuală de sănătate publică este o bună oportunitate ca practicienii din acest județ din centrul țării să se întâlnească și să discute provocările de sănătate publică ale județului, precum și să împărtășească din experiențele lor privind aspecte cheie de sănătate publică – cum ar fi vaccinarea, supravegherea bolilor transmisibile și ne-transmisibile, prevenirea accidentelor și violenței, tehnologii digitale și inovație etc.

Primul panel de discuții al conferinței a reunit următorii vorbitori:

- Dr. Elena Hașmaș – Directorul Executiv al Direcției Județene de Sănătate Publică (DSP);
- Ioan Glont – Director de Îngrijiri al unui spital universitar din reședința de județ;
- Dr. Andreea-Leontina Stănescu-Goia – Directorul unuia din Departamentele de Sănătate Publică de la una din universitățile din reședința de județ;
- Dan Movilă – Primar al unei comune din județ;
- Grațiela-Flavia Aștilean – asistent medical comunitar la un centru comunitar integrat din județ.

În alocuțiunile lor, câteva din aspectele menționate au fost:

- Dr. Elena Hașmaș a subliniat că, deși activitățile de promovare a sănătății și prevenire a îmbolnăvirilor sunt vitale, Direcția se confruntă cu provocări în implementarea lor eficientă și în atingerea tuturor segmentelor de populație;
- Domnul Glont a menționat că a observat o creștere a încărcăturii bolilor ce pot fi prevenite în județ. Acesta consideră că consolidarea colaborării între furnizorii de servicii medicale și autoritățile de sănătate publică este esențială pentru a aborda aceste provocări și pentru a promova un stil de viață mai sănătos printre locuitori;

- Dr. Andreea-Leontina Stănescu-Goia a menționat că departamentul pe care îl conduce efectuează cercetări anuale privind nevoile de sănătate ale comunității în dinamică și a identificat lacune în eforturile de promovare a sănătății. Ea subliniază necesitatea intervențiilor bazate pe dovezi și a implicării comunității pentru a aborda eficient problemele de sănătate publică.
- Domnul Dan Movilă recunoaște importanța autorităților locale în promovarea sănătății la nivel local. El susține inițiative precum programele de educație pentru sănătate în școli, promovarea activității fizice și îmbunătățirea accesului la alimente sănătoase în piața locală;
- Doamna Grațiela-Flavia Aștilean este responsabilă cu furnizarea serviciilor de promovare a sănătății pentru locuitori, ca parte a activității ei de asistent medical comunitar. Cu toate acestea, se confruntă cu provocări precum resurse limitate, lipsa de conștientizare printre membrii comunității și infrastructura inadecvată.

Minodora-Alina Mihăiescu este studentul în primul an în programul de servicii și politici de sănătate publică. Fiica unor medici, Minodora și-a dorit dintotdeauna să lucreze în sistemul de sănătate, dar nu în interacțiuni 1-la-1 cu pacienții, ci concentrându-se pe munca în grupuri populaționale.

Pe măsură ce audiază discuțiile din panel-ul conferinței județene de sănătate publică, în minte i se derulează diverse soluții pe care le-ar vedea implementate pentru a gestiona provocările pe care le-au menționat vorbitorii.

## ÎNTREBĂRI DE REFLECȚIE ȘI ANALIZĂ

(1) Pe cine considerați că se aștepta Minodora să vadă în panel și nu s-a regăsit în lista de vorbitori? Care ar fi posibilele cauze?

(2) În cadrul cursului de „Introducere în Sănătate Publică”, Minodora a învățat despre importanța programelor de educație pentru sănătate bazate pe comunitate, desfășurarea de activități de

informare în zonele slab deservite și valorificarea parteneriatelor cu școlile locale, afacerile și organizațiile comunitare. Pornind de la aceste informații, ce întrebări considerați că le-ar adresa Minodora fiecăruia dintre vorbitori referitor la resursele umane de care ar avea nevoie în instituțiile lor pentru a vedea asemenea programe devenind realitate?

(3) Cum pot lucra eficient colaborativ vorbitorii așa încât personalul din instituțiile lor să lucreze în echipă?

# Bibliografie suplimentară


Adeloye D, David RA, Olaogun AA, Auta A, Adesokan A, Gadanya M, Opele JK, Owagbemi O, Iseolorunkanmi A. Health workforce and governance: the crisis in Nigeria. Hum Resour Health. 2017;15:32.

Alphabetical Index of N.C.O. 2004 with occupational titles and equivalent code numbers of N.C.O. 1968. https://labour.gov.in/sites/default/files/Alphabetical Index.pdf.

Arora R, Chamnan P, Nitiapinyasakul A, Suwat L. Retention of doctors in rural health services in Thailand: impact of a national collaborative approach. Rural Rem Health. 2017;17:4344.

Barbazza E, Langins M, Kluge H, Tello J. Health workforce governance: processes, tools and actors towards a competent workforce for integrated health services delivery. Health Policy. 2015;119(12):1645–54.

Barbazza E, Tello JE. A review of health governance: definitions, dimensions and tools to govern. Health Policy. 2014;116(1):1–11.

Bhore J, Amesur RA, Banerjea AC, Butt AH, Chandrachud RB, Dadabhoy DJR, et al. Report of the Health Survey and Development Committee: Volume 3. Government of India Press; 1946. https://www.nhp.gov.in/sites/default/files/pdf/Bhore_Committee_Report-3.pdf.

BMJ Newsroom. Skilled health workforce in India does not meet WHO recommended threshold | BMJ. 2019. https://www.bmj.com/company/newsroom/skilled-health-workforce-in-india-does-not-meet-who-recommended-threshold/.

Campbell J, Buchan J, Cometto G, David B, Dussault G, Fogstad H, et al. Human resources for health and universal health coverage: fostering equity and effective coverage. Bull World Health Organ. 2013;91(11):853–63.

Cao X, Bai G, Cao C, Zhou Y, Xiong X, Huang J, Luo L. Comparing regional distribution equity among doctors in China before and after the 2009 medical reform policy: a data analysis from 2002 to 2017. INt J Environ Res Public Health. 2020;17:1520. https://doi.org/10.3390/ijerph17051520.

Chandra S. Indian healthcare's inconvenient truth. The Hindu Business Line. 2018. https://www.thehindubusinessline.com/opinion/indian-healthcares-inconvenient-truth/article22259516.ece.

Citron I, Chokotho L, Lavy C. Prioritisation of surgery in the national health strategic plans of Africa: a systematic review. World J Surg. 2016;40(4):779–83.

Cometto G, Nartey E, Zapata T, Kanda M, Md Y, Narayan K, Pritasari K, Irufa A, Lamichhane R, De Silva D, Noree T. Analysing public sector institutional capacity for health workforce governance in the South-East Asia region of WHO. Hum Resour Health. 2019;17:43.

Cordaid and KIT. Governance for human resources for health. 2010. [Online]. https://www.cordaid.org/en/wp-content/uploads/sites/11/2013/01/C06-002-08.cor_.bro_.HRH_.A4.150612.pdf.

Craveiro I, Hortale V, de Oliveira APC, Dal Poz M, Portela G, Dussault G. The utilization of research evidence in Health Workforce Policies: the perspectives of Portuguese and Brazilian National Policy-Makers. J Public Health (Oxf). 2018;40(suppl_1):i50–6.

de Loë RC, Melnychuk N, Murray D, Plummer R. Advancing the state of policy delphi practice: a systematic review evaluating methodological evolution, innovation, and opportunities. Technol Forecast Soc Change. 2016;104:78–88.

Devkota B, Ghimire J, Devkota A, Gupta R, Mahato R, Thapa N, Shrestha B, Tuladhar P. Health governance at local level from human resource for health perspectives: the case of Nepal. J Nepal Health Res Council. 2013;11(24):133–7.

Gallagher JE, Eaton KA. Health workforce governance and oral health: diversity and challenges in Europe. Health Policy. 2015;119(12):1565–75.

Global Health Workforce Alliance (GHWA), World Health Organization (WHO). A universal truth: no health without a workforce. World Health Organization (WHO); 2014. https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf?ua=1.

Global Health Workforce Alliance (GHWA). What do we mean by availability, accessibility, acceptability and quality (AAAQ) of the health workforce? https://www.who.int/workforcealliance/media/qa/04/en/.

Google Scholar

Guilbert JJ. The World Health Report 2006: working together for health. Educ Health (Abingdon). 2006;19(3):385–7.

Hamdan M, Defever M. Human resources for health in Palestine: a policy analysis. Part I: current situation and recent developments. Health Policy. 2003;64(2): 243–59.

Hara K, Otsubo T, Kunisawa S, Imanaka Y. Examining sufficiency and equity in the geographic distribution of physicians in Japan: a longitudinal study. BJ Open. 2017;7: e013922. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013922.

Hastings SE, Armitage GD, Mallinson S, Jackson K, Suter E. Exploring the relationship between governance mechanisms in healthcare and health workforce outcomes: a systematic review. BMC Health Serv Res. 2014;14:479.

Hastings SE, Mallinson S, Armitage GD, Jackson K, Suter E. Mind the gap: governance mechanisms and health workforce outcomes. Healthcare Policy. 2014;10(1):108–14.

Hazarika I. Health workforce in India: assessment of availability, production and distribution. WHO South East Asia J Public Health. 2013;2(2):106–12.

Isabel C, Paula V. Geographic distribution of physicians in Portugal. Eur J Health Econ. 2010;11:383–93. https://doi.org/10.1007/s10198-009-0208-8.

Kaplan AD, Dominis S, Palen JG, Quain EE. Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries? Hum Resour Health. 2013;11:6.

Karan A, Negandhi H, Hussain S, Zapata T, Mairembam D, De Graeve H, et al. Size, composition and distribution of health workforce in India: why, and where to invest? Hum Resour Health. 2021;19(1):39.

Karan A, Negandhi H, Nair R, Sharma A, Tiwari R, Zodpey S. Size, composition and distribution of human resource for health in India: new estimates using National Sample Survey and Registry data. BMJ Open. 2019;9(4): e025979.

Krishna L, Dharmadhikari S, Zadey S. Scoping review of the state of human resources for health in India . The Duke Student Global Health Review. 2020. https://dsghreview.org/2020/10/08/scoping-review-of-the-state-of-human-resources-for-health-in-india/.

Kuhlmann E, Batenburg R, Dussault G. Health workforce governance in Europe: where are we going? Health Policy. 2015;119(12):1515–6.

Kuhlmann E, Burau V. Strengthening stakeholder involvement in health workforce governance: why we need to talk about power. J Health Serv Res Policy. 2018;23(1):66–8.

Kuhlmann E, Larsen C. Why we need multi-level health workforce governance: case studies from nursing and medicine in Germany. Health Policy. 2015;119(12): 1636–44.

Kuhlmann E, Lauxen O, Larsen C. Regional health workforce monitoring as governance innovation: a German model to coordinate sectoral demand, skill mix and mobility. Hum Resour Health. 2016;14:71.

Kwamie A, Asiamah M, Schaaf M, Agyepong IA. Postings and transfers in the Ghanaian health system: a study of health workforce governance. Int J Equity Health. 2017;16:85.

Landrum K, Cotache-Condor CF, Liu Y, Truche P, Robinson J, Thompson N, et al. Global and regional overview of the inclusion of paediatric surgery in the national health plans of 124 countries: an ecological study. BMJ Open. 2021;11(6): e045981.

Langins M. Assessing national governance of Human Resources for Health in the Republic of Moldova. 2013. [Online]. http://bdsp-ehesp.inist.fr/vibad/index.php?action=getRecordDetail&idt=489860

Manafi F, Takian AH, Sari AA. Assessing the governance of human resources for health in Iran: a qualitative study. J Educ Health Promot. 2019;8:97.

Mazziotta M, Pareto A. On a generalized non-compensatory composite index for measuring socio-economic phenomena. Soc Indic Res. 2016;127(3):983–1003.

Meara JG, Leather AJM, Hagander L, Alkire BC, Alonso N, Ameh EA, et al. Global surgery 2030: evidence and solutions for achieving health, welfare, and economic development. Lancet. 2015;386(9993):569–624.

Mikkelsen-Lopez I, Wyss K, de Savigny D. An approach to addressing governance from a health system framework perspective. BMC Int Health Human Rights. 2011;11:13.

Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW). National Health Policy 2017. Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), Government of India; 2017. https://www.nhp.gov.in/nhpfiles/national_health_policy_2017.pdf.

Ministry of Home Affairs, Government of India. Office of the Registrar General & Census Commissioner, India. https://censusindia.gov.in/.

Ministry of Statistics and Programme Implementation. Employment and unemployment | national sample survey | National Data Archive. http://microdata.gov.in/nada43/index.php/catalog/EUE.

Mitchell A, Bossert TJ. Politics and governance in human resources for health. In: The labor market for health workers in Africa: a new look at the crisis. Washington D.C.: The World Bank; 2013. p. 109–27.

Mollahaliloglu S, Yardim M, Telatar TG, Uner S. Change in the geographic distribution of human resources for health in Turkey, 2002–2016. Rural Rem Health. 2012;21:6478. https://doi.org/10.22605/RRH6478.

Nithiapinyasakul A, Arora R, Chamnan P. Impact of a 20-year collaborative approach to increasing the production of rural doctors in Thailand. Int J Med Educ. 2016;22(7):414–6. https://doi.org/10.5116/ijme.582f.4d3b.

NITI Aayog. SDG India Index and Dashboard 2019–20. NITI Aayog; 2019.

NITI Aayog. SDG India: Index & Dashboard 2020–21 . NITI Aayog, Government of India (GoI); 2021. https://www.niti.gov.in/writereaddata/files/SDG_3.0_Final_04.03.2021_Web_Spreads.pdf.

Noree T. Health workforce planning: doctors. In: Noree T, editor. Policy options for the human resources for health planning in the next decade. Human Resources for Health Research and Development Office (HRDO): Nonthaburi; 2017. p. 306–32.

Office of the National Economic and Social Development Council. Gross Regional and Provincial Product Chain Volume Measures 2017. Bangkok; 2019. https://www.nesdc.go.th/main.php?filename=gross_regional.

Ono T, Schoenstein M, Buchan J. Geographic balances in doctor supply and policy responses. OECD Publishing; 2014. OECD Health Working Papers, No 69. https://doi.org/10.1787/5jz5.

Pagaiya N, Kongkam L, Sriratana S. Rural retention of doctors graduating from the rural medical education project to increase rural doctors in Thailand: a cohort study. Hum Resour Health. 2015;13:10. https://doi.org/10.1186/s12960-015-0001-y.

Pagaiya N, Noree T. Thailand's health workforce: a review of challenges and experiences. Washington: The World Bank; 2009.

Pal V, Lados G, Makra ZI, Boros L, Uzzoli A, Fabula S. Concentration and inequality in the geographic distribution of physicians in European Union, 2006–2018. Regional Statistics. 2021;11(3):3–28. https://doi.org/10.15196/RS110308.

Pozo-Martin F, Nove A, Lopes SC, Campbell J, Buchan J, Dussault G, et al. Health workforce metrics pre- and post-2015: a stimulus to public policy and planning. Hum Resour Health. 2017;15(1):14.

Rabbanikhan F, Moradi R, Mazaheri E, Shahbazi S, Barzegar L, Karyani AK. Trends of geographic distribution of general practitioners in the public health sector of Iran. J Edu Health Promot. 2018;7:89.

Rao KD, Bhatnagar A, Berman P. So many, yet few: human resources for health in India. Hum Resour Health. 2012;13(10):19.

Rao KD, Shahrawat R, Bhatnagar A. Composition and distribution of the health workforce in India: estimates based on data from the National Sample Survey. WHO South East Asia J Public Health. 2016;5(2):133–40.

Reddy KS, Sethi NK, Chatterjee M, Dasgupta J, Garg A, Jain Y, et al. High Level Expert Group Report on Universal Health Coverage for India . New Delhi: Planning Commission of India; 2011. https://nhm.gov.in/images/pdf/publication/Planning_Commission/rep_uhc0812.pdf.

Rees GH. The evolution of New Zealand's health workforce policy and planning system: a study of workforce governance and health reform. Human Resour Health. 2019;17:51.

Russo LX. Effect of More Doctor (Mais Medicos) Program on geographic distribution of primary care physicians. Ciencia & Saude Coletiva. 2021;26(4):1585–94. https://doi.org/10.1590/1413-81232021264.26932020.

Santric Milicevic M, Vasic M, Edwards M. Mapping the governance of human resources for health in Serbia. Health Policy. 2015;119(12):1613–20.

Short SD, Hawal N, Albusaidi NS, Purwaningrum F. Streamlining and modernising medical workforce governance: an examination of Ras Al Khaimah, United Arab Emirates. Int J Health Gov. 2019;24:3.

Short SD. Health workforce governance: improved access, good regulatory practice, safer patients. London: Routledge; 2012.

Statistics Division, Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW). Rural Health Statistics (RHS) 2018–2019 . Ministry of Health and Family Welfare (MoHFW), Government of India; 2019. https://main.mohfw.gov.in/sites/default/files/Final%20RHS%202018-19_0.pdf.

United Nations Development Programme. Human resources for health | United Nations Development Programme. https://www.undp-capacitydevelopment-health.org/en/capacities/focus/programme-management/human-resources/.

van de Pas R, Veenstra A, Gulati D, Van Damme W, Cometto G. Tracing the policy implementation of commitments made by national governments and other entities at the Third Global Forum on Human Resources for Health. BMJ Glob Health. 2017;2(4): e000456.

Vasa J, Dharmadhikari S, Dubey S, Zadey S. Is there a shortage of human resources for health in India and why?: A systematic review. 2020. https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?RecordID=159464.

Vasa J, Dharmadhikari S, Dubey S, Zadey S. Why are health workers not going to rural areas? : A systematic review of the qualitative and quantitative studies. CUGH; 2020. p. 167. https://www.dropbox.com/s/0pukydme2xbuwmr/6%20CUGH%202020%20eBook_Abstracts_Strengthening%20Health%20Care%20Systems.pdf?dl=0.

Vicarelli G, Pavolini E. Health workforce governance in Italy. Health Policy. 2015;119(12):1606–12.

WHO. Global strategies on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016.

Wibulpolprasert S, Pengpaibon P. Integrated strategies to tackle the inequitable distribution of doctors in Thailand: four decades of experience. Hum Resour Health. 2003;1:12.

Winkelmann J, Muench U, Maier CB. Time trends in the regional distribution of physicians, nurses and midwives in Europe. BMC Health Serv Res. 2020;20:937.

Witthayapipopsakul W, Cetthakrikul N, Suphanchaimat R, Noree T, Sawaengdee K. Equity of health workforce distribution in Thailand: an implication of concentration index. Risk Management Healthcare Policy. 2019;12:13–33.

World Health Organization (WHO). Framing the health workforce agenda for the Sustainable Development Goals: Biennium report 2016–2017 WHO health workforce. World Health Organization (WHO); 2017.

World Health Organization (WHO). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. World Health Organization (WHO); 2016.

World Health Organization (WHO). Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global Policy Recommendations. World Health Organization (WHO); 2010. https://www.who.int/publications/i/item/increasing-access-to-health-workers-in-remote-and-rural-areas-through-improved-retention.

World Health Organization. Governance and regulations—WHO [Online]. http://www.emro.who.int/health-workforce/governance/index.html.

World Health Organization. Health workforce governance and leadership capacity in the African Region: review of human resources for health units in the ministries of health," 2012. [Online]. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/99697/9789241503525.pdf.

World Health Organization. The World Health Report 2000: health systems, improving performance. Geneva: World Health Organization; 2000.

World Health Organization. The World Health Report 2006: working together for health (world Health Reports). World Health Organization; 2006.

UNIVERSITAS CLAUDIOPOLITANA
ROMANIA
PRESA UNIVERSITARĂ
ISBN: 978-606-37-2199-1